



**Hochschule für öffentliche Verwaltung und  
Finanzen Ludwigsburg**

University of Applied Sciences

**Adipositas im Kindes- und Jugendalter -  
Angebote für Betroffene**

**BACHELORARBEIT**

zur Erlangung des Grades einer

**Bachelor of Arts (B.A.)**

im Studiengang gehobener Verwaltungsdienst – Public Management

vorgelegt von

Verena Stiehle

Im Studienjahr 2012/2013

Erstgutachter: Herr Prof. H. Reinhardt

Zweitgutachter: Herr T. Kapp

## **Vorwort**

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mich bei der Anfertigung dieser Arbeit unterstützt haben.

Dabei möchte ich mich vor allem bei Herrn Seiter, dem Ersten Direktor der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, für seine Zeit und für das interessante Interview bedanken.

Ein weiterer Dank gilt Herrn Dr. Dammann. Als Chefarzt der Fachkliniken Wangen war er ebenfalls ein sehr wertvoller Interviewpartner für mich und konnte mir nützliche Anregungen für meine Arbeit geben.

Frau Dr. Laudien von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg hat mich mit den aufschlussreichen Gesprächen ebenfalls unterstützt und mir sehr weitergeholfen. Vielen Dank dafür!

Nicht zuletzt möchte ich mich bei Herrn Prof. Reinhardt und Herrn Kapp für die gute Betreuung herzlich bedanken.

### **Hinweise:**

Um die Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit zu erleichtern, wird ausschließlich die maskuline Form verwendet. Wenn nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, gilt die weibliche Form entsprechend.

Da in naher Zukunft eine Änderung der Kinderheilbehandlungs-Richtlinien vorgesehen ist, ist es notwendig einen Zeitrahmen festzulegen.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich daher auf die Rechtslage bis 31.12.2012.

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	II
Abkürzungsverzeichnis .....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Anlagenverzeichnis .....	VIII
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Adipositas.....</b>	<b>3</b>
2.1    Definition .....	3
2.2    Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen.....	5
<b>3. Ursachen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der     Adipositas.....</b>	<b>8</b>
3.1    Genetische Faktoren.....	9
3.2    Verhaltensbedingte Faktoren.....	9
3.2.1    Ernährung.....	10
3.2.2    Bewegungsmangel .....	11
3.2.3    Eltern .....	12
3.3    Soziokulturelle Faktoren.....	14
3.4    Psychologische Einflüsse.....	17
<b>4. Auswirkungen der Adipositas.....</b>	<b>17</b>
4.1    Aktuelle Zahlen .....	18
4.2    Folgebelastungen .....	19
4.2.1    Unmittelbare medizinische Folgebelastungen .....	19
4.2.2    Langfristige medizinische Folgen.....	20
4.2.3    Soziale und psychische Folgen .....	21
4.3    Kosten für die Gesellschaft .....	22
<b>5. Grundprinzip von Angeboten.....</b>	<b>24</b>
5.1    Basistherapie .....	24
5.2    Zertifizierung durch die AGA.....	26

<b>6. Bestehende Angebote .....</b>	<b>29</b>
6.1 Gesetzliche Rentenversicherung .....	29
6.1.1 Rechtsgrundlagen.....	30
6.1.2 Rehabilitation und deren Inhalte am Beispiel der Rehabilitationskinderklinik Wangen .....	33
6.1.3 Kooperationen .....	37
6.1.3.1 Kooperation mit dem Deutschen Hausärzteverband Baden-Württemberg.....	37
6.1.3.2 Kooperation mit BKK Kinderleicht .....	38
6.1.3.3 Kooperationsmodell „Adipöse Kinder“ der DRV BW mit der AOK BW.....	39
6.2 Gesetzliche Krankenversicherung .....	40
6.2.1 Rechtsgrundlagen.....	41
6.2.2 Obeldicks.....	43
6.2.3 FITOC.....	46
<b>7. Problematik und Verbesserungsvorschläge .....</b>	<b>48</b>
7.1 Gesellschaftliche Aspekte.....	48
7.2 Gesetzliche Rentenversicherung .....	51
7.3 Gesetzliche Krankenversicherung .....	54
<b>8. Fazit.....</b>	<b>57</b>
Literaturverzeichnis .....	59
Erklärung.....	68

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abs.</b>	Absatz
<b>AGA</b>	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
<b>AOK</b>	Allgemeine Ortskrankenkasse
<b>AOK BW</b>	Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg
<b>BMI</b>	Body-Mass-Index
<b>BZgA</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>bzw.</b>	beziehungsweise
<b>ca.</b>	circa
<b>d.h.</b>	das heißt
<b>DRV</b>	Deutsche Rentenversicherung
<b>DRV BW</b>	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
<b>f.</b>	folgende
<b>ff.</b>	fortfolgende
<b>FITOC</b>	Freiburg Intervention Trial For Obese Children
<b>gem.</b>	gemäß
<b>gKV</b>	gesetzliche Krankenversicherung
<b>gRV</b>	gesetzliche Rentenversicherung
<b>Hrsg.</b>	Herausgeber
<b>i.d.F.</b>	in der Fassung
<b>i.V.m</b>	in Verbindung mit

<b>KiGGS</b>	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
<b>KiHB-Richtlinien</b>	Kinderheilbehandlungs-Richtlinien
<b>Kinderreha-Richtlinien</b>	Kinderrehabilitationsrichtlinien
<b>KV</b>	Krankenversicherung
<b>MDK</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
<b>Nr.</b>	Nummer
<b>Prof.</b>	Professor
<b>RKI</b>	Robert Koch-Institut
<b>RV</b>	Rentenversicherung
<b>SGB II</b>	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitssuchende
<b>SGB V</b>	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
<b>SGB VI</b>	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung
<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation (englisch: World Health Organization)
<b>z.B.</b>	zum Beispiel

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: BMI-Tabelle .....	4
Abbildung 2: Perzentile des BMI nach Alter (Mädchen) .....	6
Abbildung 3: Perzentile des BMI nach Alter (Jungen) .....	7
Abbildung 4: Adipositas nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus.....	14
Abbildung 5: Adipositas nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund.....	16
Abbildung 6: bewilligte Kinderheilverfahren nach Diagnosegruppen.....	34
Abbildung 7: Ablauf der Adipositasschulung "Obeldicks" .....	44

## Anlagenverzeichnis

Alle verwendeten Anlagen sind auf der beigelegten CD zu finden.

Die Seitenzahlen in den Fußnoten beziehen sich auf die Seitenzahl des Pdf-Dokuments.

<b>Anlage 1</b>	Kurth, Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“
<b>Anlage 2</b>	RKI (Hrsg.), Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie
<b>Anlage 3</b>	RKI (Hrsg.), Daten und Fakten
<b>Anlage 4</b>	Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V.
<b>Anlage 5</b>	RKI (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 16
<b>Anlage 6</b>	Adipositasverband Deutschland e.V.
<b>Anlage 7</b>	World Health Organization, Obesity and overweight
<b>Anlage 8</b>	BZgA, Body Mass Index
<b>Anlage 9</b>	BZgA, Wachstumskurve
<b>Anlage 10</b>	Lache, Übergewichtige Kinder, Generation XXL
<b>Anlage 11</b>	BZgA (Hrsg.), Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen



<b>Anlage 12</b>	RKI (Hrsg.), Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
<b>Anlage 13</b>	Interview mit Herr Seiter
<b>Anlage 14</b>	Interview mit Frau Dr. Laudien
<b>Anlage 15</b>	Interview mit Herr Dr. Dammann
<b>Anlage 16</b>	Settertobulte, AOK-Familienstudie 2010
<b>Anlage 17</b>	RKI/BZgA (Hrsg.), Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
<b>Anlage 18</b>	Ünal, Türkische Kinderernährung
<b>Anlage 19</b>	Bundesministerium für Gesundheit, Binge Eating Disorder
<b>Anlage 20</b>	Schenk, Kinder mit Übergewicht und Adipositas
<b>Anlage 21</b>	AGA, Zertifizierung von Therapieeinrichtungen
<b>Anlage 22</b>	AGA, S2 Leitlinie
<b>Anlage 23</b>	Erläuterungen zu den Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung
<b>Anlage 24</b>	DRV Bund (Hrsg.), Positionspapier der gesetzlichen Rentenversicherung
<b>Anlage 25</b>	DRV BW, PowerPoint-Präsentation

<b>Anlage 26</b>	Rehabilitationskinderklinik Wangen, Adipositas
<b>Anlage 27</b>	DRV BW, Kooperationsvereinbarungen zur Kinderrehabilitation
<b>Anlage 28</b>	BKK Landesverband Baden-Württemberg, Kinderleicht
<b>Anlage 29</b>	Infosys vom 16.07.2009
<b>Anlage 30</b>	Infosys vom 02.01.2012
<b>Anlage 31</b>	DRV BW, AOK BW Informationen für die Eltern
<b>Anlage 32</b>	Kooperationsmodell „Adipöse Kinder“ der DRV BW und AOK BW
<b>Anlage 33</b>	Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für Patientenschulungen
<b>Anlage 34</b>	Universitätsklinikum Regensburg, Obeldicks
<b>Anlage 35</b>	FITOC, Ein ambulant Programm für übergewichtige Kinder und Jugendliche
<b>Anlage 36</b>	Bestätigung von Frau Wetzel
<b>Anlage 37</b>	Ambulante Adipositasschulung Ludwigsburg
<b>Anlage 38</b>	DRV BW, Seiter, Die beste Investition in die Zukunft
<b>Anlage 39</b>	Pressemitteilung der DRV BW

**Anlage 40** DRV Bund (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen

**Anlage 41** Vestische Kinder und Jugendklinik Datteln,  
Obeldicks-Adipositastrainer-Aufbauseminar

**Anlage 42** Kinderheilbehandlungs-Richtlinien vom 05.09.1991  
i.d.F. vom 26.02.1997

**Anlage 43** Kinderrehabilitationsrichtlinien vom 05.09.1991 i.d.F.  
vom 17.12.2012

## 1. Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet Adipositas als die „globale Epidemie des 21. Jahrhunderts“. 67,1 % der Männer und 53 % der Frauen sind nach einer Studie des Robert Koch-Institutes (RKI) übergewichtig. Adipös, also krankhaft übergewichtig, sind 23,3 % der Männer und 23,9 % der Frauen.<sup>1</sup>

Unter den Kindern und Jugendlichen sind 15 % der 3- bis 17-Jährigen übergewichtig. Mehr als ein Drittel davon ist sogar adipös. Das entspricht 6 % aller Kinder und Jugendlichen in dieser Altersgruppe. In Zahlen ausgedrückt, sind das ca. 1,9 Millionen übergewichtige Kinder und Jugendliche, darunter 800.000 mit Adipositas.<sup>2</sup>

Wird im Kindes- und Jugendalter nichts gegen das Übergewicht unternommen, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass das Übergewicht dem Betroffenen ein Leben lang bleibt. Adipositas begünstigt, vor allem im Erwachsenenalter, eine Reihe von Erkrankungen und Einschränkungen.

Diese Erkrankungen verursachen hohe Versorgungs- und gesamtwirtschaftliche Kosten.<sup>3</sup> 2010 kosteten Adipositas und die Begleiterkrankungen das Gesundheitssystem in Deutschland schätzungsweise 17 Milliarden Euro.<sup>4</sup>

Um dem entgegenzuwirken, ist es besonders wichtig, das Übergewicht bereits im Kindes- und Jugendalter in den Griff zu bekommen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die bestehenden Hilfen seitens der Sozialleistungsträger, insbesondere die der gesetzlichen Rentenversicherung, aufzuzeigen und deren wichtige Inhalte zu erläutern. Außerdem sollen Schwachpunkte hervorgehoben und mögliche Verbesserungen aufge-

---

<sup>1</sup> Vgl. Anlage 1, Kurth, „Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“, S. 3.

<sup>2</sup> Vgl. Anlage 2, RKI (Hrsg.), Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie, S. 29.

<sup>3</sup> Vgl. Anlage 3, RKI (Hrsg.), Daten und Fakten, S. 118.

<sup>4</sup> Vgl. Anlage 4, Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V.

zeigt werden. Ein besonderes Anliegen ist es, auf die Kinderrehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung aufmerksam zu machen.

Dafür wurde die Arbeit in 8 Kapitel gegliedert, die sich wie folgt unterteilen. In Kapitel 2 wird zunächst eine Abgrenzung zwischen Übergewicht und Adipositas getroffen und definiert wie Adipositas mit Hilfe des Body-Mass-Index (BMI) berechnet werden kann.

Das 3. Kapitel befasst sich mit den Ursachen für Übergewicht und Adipositas. Im 4. Kapitel soll sich herauskristallisieren, warum man etwas gegen Adipositas unternehmen sollte. Sowohl die hohe Anzahl der Betroffenen, als auch die Begleit- und Folgeerkrankungen, die aufgrund der Adipositas entstehen können, indizieren Handlungsbedarf.

Welche unterschiedlichen Bausteine in einem Therapieprogramm enthalten sein müssen wird in Kapitel 5 erläutert.

Kapitel 6 beschäftigt sich dann mit den Angeboten der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu Beginn werden jeweils die Rechtsgrundlagen erläutert und anschließend Angebote vorgestellt.

Im 7. Kapitel werden schließlich erkannte Probleme aufgegriffen, auch gesellschaftliche Aspekte, und Verbesserungsansätze aufgezeigt.

Abschließend erfolgt in Kapitel 8 ein zusammenfassendes Fazit.

Zu den verschiedenen Gliederungspunkten werden Expertenmeinungen, sowohl aus Verwaltungssicht als auch aus medizinischer Sicht, mit einfließen.

## 2. Adipositas

Wichtig ist es, eine Abgrenzung zwischen Übergewicht und Adipositas vorzunehmen. Diese beiden Begriffe werden fälschlicherweise häufig als Synonyme verwendet. Denn Übergewicht allein ist nicht als Krankheit anzusehen. Erst bei Überschreitung einer bestimmten Grenze, wird es als Adipositas bezeichnet und als Krankheit eingeordnet. Adipositas wird als Krankheit eingestuft, weil sie je nach Fettverteilung ein bedeutendes Risiko für Folgeerkrankungen mit sich bringt.<sup>5</sup>

Übergewicht bedeutet, dass im Verhältnis zur Körpergröße ein zu hohes Körpergewicht vorliegt. Das Körpergewicht liegt also oberhalb der Alters- und Geschlechtnormen. Adipositas bezieht sich auf den Anteil der Fettmasse am Körpergewicht und liegt demnach dann vor, wenn der Körperfettanteil krankhaft erhöht ist.<sup>6</sup>

Da bereits schon Übergewicht bei Kindern als problematisch anzusehen ist und dies meist die Vorstufe zur Adipositas ist, wird im Folgenden auch von Übergewicht gesprochen.

Der Übergang von Übergewicht zur Adipositas liegt bei einem BMI von 30. Bis zu einem BMI von 25 ist das Körpergewicht normal, zwischen 25 und 30 liegt Übergewicht vor. Ab einem BMI von 30 handelt es sich um eine Adipositas.<sup>7</sup>

Wie Übergewicht und Adipositas festgestellt werden können, wird im Folgenden erklärt.

### 2.1 Definition

Adipositas wird definiert als eine „(...) über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts (...), die zu gesundheitl. Beeinträchtigung führt; (...).“<sup>8</sup>

Daher müsste zur Bestimmung der Adipositas der Körperfettanteil gemessen werden. Dazu gibt es eine Reihe von Verfahren. Beispielsweise die

---

<sup>5</sup> Vgl. Anlage 5, RKI (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 16, S. 5.

<sup>6</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 1.

<sup>7</sup> Vgl. Anlage 6, Adipositasverband Deutschland e.V.

<sup>8</sup> Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, S. 25.

Messung der Hautfaltendicke, Ultraschalluntersuchungen, das Wiegen unter Wasser (Densiometrie), oder Computer- und Kernspintomographie.

Da diese Methoden teilweise mit sehr hohen Kosten verbunden und sehr aufwendig sind, wird zur Schätzung des Körperfettanteils meist der BMI verwendet.<sup>9</sup>

Dieser ist die einfachste und gebräuchlichste Methode zur Klassifizierung der Adipositas.

Auch die WHO definiert Übergewicht und Adipositas durch den BMI.<sup>10</sup>

Der BMI errechnet sich als Quotient aus dem Körpergewicht in Kilogramm und der Körpergröße im Quadrat.<sup>11</sup>

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in Kilogramm}}{(\text{Körperlänge in Metern})^2}$$

Die Unterteilung des BMI in Untergewicht, Normalgewicht und die unterschiedlichen Grade der Adipositas ist in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Bezeichnung	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
Normalgewicht	18,5 – 24,9
Übergewicht	25,0 – 29,9
Adipositas Grad I	30,0 – 34,9
Adipositas Grad II	35,0 – 39,9
Adipositas Grad III	≥ 40

Abbildung 1: BMI-Tabelle<sup>12</sup>

Diese festen Grenzwerte können nur zur Einteilung bei Erwachsenen herangezogen werden. Für Kinder und Jugendliche gibt es spezielle Grenzwerte, die nachfolgend vorgestellt werden.

---

<sup>9</sup> Vgl. Anlage 5, RKI (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 16, S. 6.

Vgl. Lehrke/Laessle, Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S.3.

<sup>10</sup> Vgl. Anlage 7, World Health Organization, Obesity and overweight.

<sup>11</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 1.

<sup>12</sup> Vgl. Anlage 5, RKI (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 16, S. 6.

Bei der Messung des BMI wird zwar nicht zwischen Körperfettmasse und fettfreier Masse (z.B. Muskelmasse) unterschieden, es konnten jedoch zwischen dem BMI und dem Fettanteil des Körpers relativ hohe Wechselbeziehungen nachgewiesen werden. Daher kann der BMI als „Schätzer“ des Körperfettanteils akzeptiert werden.<sup>13</sup>

## **2.2 Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen**

Wenn in der folgenden Ausarbeitung von Kindern und Jugendlichen gesprochen wird, handelt es sich um Personen im Alter von 3 bis 17 Jahren. Bei Kindern und Jugendlichen wird ebenfalls der BMI zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas verwendet.

Da es im Laufe der Entwicklung vom Kind zum Jugendlichen ständig zu Veränderungen der Körpermasse kommt, muss bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich das Alter und Geschlecht berücksichtigt werden.

Die prozentuale Körperfettmasse wird deutlich von alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten beeinflusst.<sup>14</sup>

Hierfür wurde eine alters- und geschlechtsspezifische Berechnung entwickelt. Der BMI wird wie unter Punkt 2.1 errechnet und dann mit dem Geschlecht und dem Alter in der Tabelle verglichen.

Die Referenzwerte zur Klassifizierung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wurden von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) durch Frau Dr. Kromeyer-Hauschild entwickelt und empirisch validiert.

Dazu wurden Daten von 17.147 Jungen und 17.275 Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren berücksichtigt. Diese Kinder und Jugendlichen wurden im Rahmen von 17 verschiedenen Untersuchungen von 1985 bis 1999 begutachtet. Die daraus entstandenen Daten werden bei deutschen Kindern und Jugendlichen als Referenz angewendet.<sup>15</sup>

Ab einem BMI-Wert der 90. Perzentile handelt es sich um Übergewicht. Befindet sich der BMI oberhalb der 97. Perzentile liegt eine Adipositas vor.

---

<sup>13</sup> Vgl. Lehrke/Laessle, Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 3.

<sup>14</sup> Vgl. Anlage 5, RKI (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 16, S. 6.

<sup>15</sup> Vgl. Anlage 8, BZgA, Body Mass Index.



Übersteigt der BMI die 99,5. Perzentile handelt es sich um eine extreme Adipositas.

Perzentile bedeuten, dass der BMI in Bezug auf den BMI anderer Kinder/Jugendlicher im selben Alter und Geschlecht angegeben wird.

Ein BMI Wert der 90. Perzentile bedeutet somit, dass der BMI höher ist als der BMI von 90 % der Kinder bzw. Jugendlichen in derselben Altersgruppe, die von 1985 bis 1999 gemessen und gewogen wurden.<sup>16</sup>

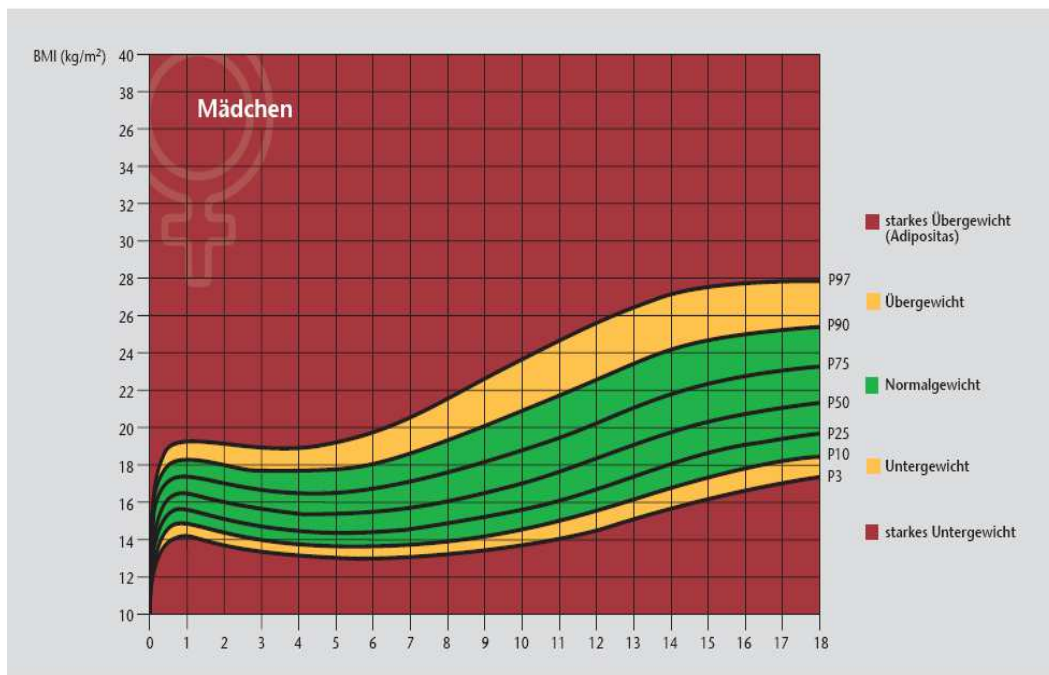


Abbildung 2: Perzentile des BMI nach Alter (Mädchen)<sup>17</sup>

<sup>16</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 1.

<sup>17</sup> Vgl. Anlage 9, BZgA, Wachstumskurve.

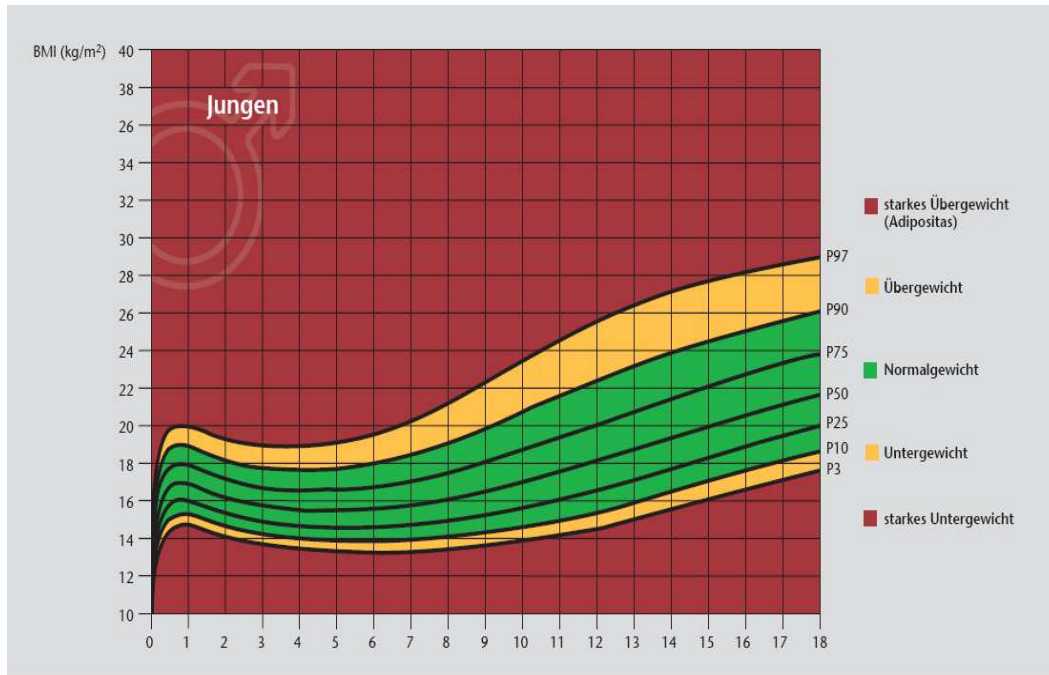


Abbildung 3: Perzentile des BMI nach Alter (Jungen)<sup>18</sup>

Zum besseren Verständnis der Anwendung der Perzentile folgt nun ein Beispiel für die Berechnung.

Ein siebenjähriges Mädchen mit einer Körpergröße von 1,20 Metern und einem Körpergewicht von 32 kg hat einen BMI von 22,22 ( $32 \text{ kg} / 1,20^2$ ).

Anschließend vergleicht man je nach Geschlecht in der Tabelle für Mädchen oder für Jungen den BMI mit dem BMI anderer Kinder. Auf der y-Achse befindet sich der BMI, auf der x-Achse das Alter. Handelt es sich also um ein siebenjähriges Mädchen, mit einem BMI von 22,22 liegt dieser über der 97. Perzentile. Das Mädchen ist somit adipös. Ihr BMI ist also höher als der von 97 % der gleichaltrigen Mädchen. Normal wäre in diesem Alter ein BMI von 14 bis 18. Bei derselben Körpergröße dürfte das Mädchen somit höchstens 26 kg wiegen ( $26 \text{ kg} / 1,20^2 = 18,06$ ).

Neben der erhöhten Fettmasse spielt auch das Fettverteilungsmuster eine nicht unwesentliche Rolle. Dieses festigt sich zwar erst am Ende der Pubertät, muss für die medizinischen Folgebelastungen aber ebenfalls berücksichtigt werden.

<sup>18</sup> Vgl. Anlage 9, BZgA, Wachstumskurve.

Es wird zwischen zwei Fettverteilungsmustern unterschieden. Zum einen gibt es die weibliche (gynoid) Form, bei dieser kommt das Fettgewebe vermehrt an den Hüften und Oberschenkeln vor. Daher auch die Bezeichnung „Birnentyp“. Das zweite Fettverteilungsmuster ist die eher männliche (androgene) Form. Bei dieser kommt das Fettgewebe vor allem vermehrt in der Bauchregion vor. Dieses Muster wird auch „Apfeltyp“ genannt. Das Risiko für Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter ist bei der androgenen Form höher. Durch das Verhältnis von Taillen- und Hüftumfang lässt sich das Fettverteilungsmuster grob einschätzen.<sup>19</sup>

### **3. Ursachen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Adipositas**

Zu einer Adipositas können viele Einflussfaktoren aus ganz unterschiedlichen Bereichen führen. Es gibt nicht den einen Risikofaktor, der zur Entstehung von Adipositas führt. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass viele Faktoren beteiligt sind. Liegt ein Faktor vor, bedeutet dies nicht, dass dieses Kind sofort adipös wird, es hat lediglich eine höhere Wahrscheinlichkeit adipös zu werden.

So spielen genetische Einflüsse, sowie der Lebensstil und das Ernährungsverhalten eine Rolle.<sup>20</sup> Nur bei weniger als einem Prozent ist eine Erkrankung, z.B. der Nebenniere oder der Schilddrüse, die Ursache für Adipositas.<sup>21</sup> Daher wird darauf im Folgenden nicht weiter eingegangen.

Bei jedem Kind und Jugendlichen spielen verschiedene Faktoren eine unterschiedlich starke Rolle. Es müssen also nicht bei jedem adipösen Kind/Jugendlichen alle Faktoren die gleiche Rolle gespielt haben. Dies gilt es immer individuell zu betrachten. Nachfolgend werden die unterschiedlichen Risikofaktoren aufgeführt und erklärt. Ob und welche Faktoren bei

---

<sup>19</sup> Vgl. Lehrke/Laessle, Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 5f.

<sup>20</sup> Vgl. Warschburger/Petermann/u.a., Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen, S. 25.

Vgl. Zwiauer, Wechsler (Hrsg.), Adipositas, Ursachen und Therapie, S. 217.

<sup>21</sup> Vgl. Anlage 10, Lache, Übergewichtige Kinder, Generation XXL, S. 3.

dem einzelnen Individuum zur Adipositas geführt haben, wird nicht beurteilt.

Allgemeingehalten kann man sagen, dass Übergewicht und dann möglicherweise auch Adipositas entsteht, wenn dauerhaft mehr Energie aufgenommen, als verbraucht wird.<sup>22</sup>

### **3.1 Genetische Faktoren**

Genetische Faktoren sind eine bedeutende Ursache bei der Entstehung von Übergewicht und Adipositas. So haben Studien ergeben, dass viele übergewichtige und adipöse Kinder zumindest einen adipösen Elternteil haben.<sup>23</sup>

Sind beide Eltern übergewichtig, so liegt das Risiko des Kindes bei 80 % adipös zu werden. Dass diese Tatsache stark von genetischen Faktoren abhängig ist und nicht nur auf die Umweltfaktoren reduziert werden kann, beweisen Zwillings- und Adoptionsstudien.

Bei diesen stellte sich unter anderem heraus, dass der BMI adoptierter Kinder höher mit dem der biologischen Eltern zusammenhängt, als mit dem der Adoptiveltern.

Genetische Faktoren sind prägender als das Umfeld in dem Kinder und Jugendliche aufwachsen, sie führen jedoch nicht allein zur Adipositas.<sup>24</sup>

Die Eltern geben nur die Veranlagung weiter, das Kind ist also gefährdeter zuzunehmen, muss aber nicht zwingend adipös werden. Problematisch wird es meist erst, wenn die weiteren Faktoren auf die Veranlagung treffen.<sup>25</sup>

### **3.2 Verhaltensbedingte Faktoren**

Wenn Übergewicht und Adipositas entstehen, hat dies häufig mit den Lebensumständen der Betroffenen zu tun. Die bedeutendsten werden nachfolgend aufgeführt und durchleuchtet.

---

<sup>22</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 11ff.

<sup>23</sup> Vgl. Zwiauer, Wechsler (Hrsg.), Adipositas, Ursachen und Therapie, S. 219.

<sup>24</sup> Vgl. Lehrke/Laessle, Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 19ff.

<sup>25</sup> Vgl. Anlage 11, BZgA (Hrsg.), Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen, S. 7.

### **3.2.1 Ernährung**

Ein Risikofaktor für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas ist das Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen. Das Ernährungsverhalten fast aller Kinder entspricht nicht den Empfehlungen für eine gesunde Ernährung. Die Nahrungszusammensetzung ist generell zu süß und zu fett. Die Kinder und Jugendlichen bevorzugen nachweislich fettreiche Mahlzeiten und zuckerhaltige Getränke. Der Obst- und Gemüsekonsum liegt hingegen unterhalb der empfohlenen Normwerte.<sup>26</sup>

Fettreiche Nahrung hat einen doppelt so hohen Energiegehalt wie Kohlenhydrate und Eiweiß. Wird fettreiche Nahrung verzehrt, werden bis zum Eintritt des Sättigungsgefühls mehr Kalorien aufgenommen, als beim Verzehr von Kohlenhydraten. Kohlenhydrate haben den Vorteil, dass sie direkt und vollständig zur Energiegewinnung verbraucht werden können. Fett wird nur dann verbraucht, wenn der Energiebedarf durch Kohlenhydrate nicht gedeckt ist. Ist dieser bereits gedeckt, wird das Nahrungsfett direkt und vollständig in Körperfett umgewandelt.<sup>27</sup>

Beim Essverhalten spielt die Familie und die Erziehung eine wichtige Rolle, denn die Kinder übernehmen die Ernährungsmuster ihrer Eltern. Wird beispielsweise Essen als Belohnung eingesetzt oder um Traurigkeit zu überwinden, so lernt das Kind nicht bei Hunger zu essen, sondern in allen möglichen Situationen, die es gelernt hat mit Nahrungsaufnahme zu verbinden. Vor allem Stress, Langeweile, Angst und Einsamkeit führen oft zu Essen ohne Hunger.<sup>28</sup>

Dass unsere Gesellschaft von Nahrungsmittelüberfluss geprägt ist, spielt ebenfalls eine Rolle bei der Entwicklung von Adipositas. Übergewicht und Adipositas kann sich nur in einer Gesellschaft mit Nahrungsmittelüberfluss entwickeln. Daher ist Adipositas stets auch ein Problem unserer Wohlstandsgesellschaft.<sup>29</sup> Das Angebot von Fastfood und Fertigprodukten

---

<sup>26</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 17f.

<sup>27</sup> Vgl. Tuschen-Caffier/Pook/Hilbert, Diagnostik von Essstörungen und Adipositas, S. 29.

<sup>28</sup> Vgl. Lehrke/Laessle, Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 21f.

<sup>29</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 22.

nimmt immer weiter zu. An jeder Ecke kann man einen Kiosk oder einen Schnellimbiss finden und sich etwas zu essen kaufen. Auch Fastfood-Ketten sind in allen Städten flächendeckend vertreten. Diese Nahrungsmittel sind sehr energiereich, duften durch die ganze Stadt und sind damit besonders verlockend. Hinzu kommt, dass gerade Fastfood-Produkte teilweise schon sehr günstig zu erwerben sind. Somit können sich auch Kinder, die nur ihr begrenztes Taschengeld zur Verfügung haben, leicht etwas für zwischendurch kaufen.<sup>30</sup>

### **3.2.2 Bewegungsmangel**

Die Kinder in der heutigen Gesellschaft bewegen sich immer weniger. Sie werden zur Schule oder zum Sport mit dem Auto gefahren, bevorzugen Aufzugfahren anstatt Treppen zu laufen und verbringen sehr viel Zeit vor dem Fernseher.<sup>31</sup>

Im Rahmen des Ernährungsberichtes 2000 wurde ermittelt, dass rund 50 % der 12- bis 17-Jährigen einen eigenen Fernseher im Zimmer haben. Im Tagesdurchschnitt schauen die 8- bis unter 17-Jährigen 134 Minuten fern. Insbesondere die männlichen Jugendlichen schauen lange fern und spielen viel Computer. 30 % der 13- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen kamen in einer Münchner Untersuchung auf bis zu 10 Stunden wöchentlich, 36 % auf 11 bis 20 Stunden. Bei einem weiteren Drittel liegt der Fernseh- und Computerkonsum deutlich über 20 Stunden pro Woche.<sup>32</sup>

Dietz und Gortmaker fanden bereits 1985 heraus, dass 30 % der Kinder, die als 6-Jährige bereits mehr als fünf Stunden täglich ferngesehen haben, als 12-Jährige adipös waren.<sup>33</sup>

Auch Hubert Seiter, Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW), verbindet die Zunahme von übergewichti-

---

<sup>30</sup> Vgl. Faß, Zwick (Hrsg.), Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, S. 40.

<sup>31</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 19.

<sup>32</sup> Vgl. Anlage 12, RKI (Hrsg.), Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, S. 72f.

<sup>33</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 20.

gen und adipösen Kindern und Jugendlichen mit der überwiegenden sitzenden Tätigkeit vor dem Fernseher und Computer.<sup>34</sup>

Fernsehkonsument ist häufig mit Nahrungsaufnahme, vor allem von fett- und kalorienreichen Nahrungsmitteln, verbunden. Durch die sitzende Tätigkeit trägt fernsehen außerdem zu körperlicher Inaktivität bei und ist mit einem geringen Energieverbrauch verbunden. Es besteht also eine Beziehung zwischen Fernsehkonsum und Adipositas.

Zu Bewegungsmangel können auch negative Erfahrungen, wie fehlende Erfolge führen. Vor allem im Schulsport machen adipöse Kinder häufig schlechte Erfahrungen, die dazu führen, dass sie die Freude an der Bewegung verlieren und sich zurückziehen. Sie befinden sich dann in einem Teufelskreis aus schlechten Erfahrungen, die zum Rückzug führen. Es kann jedoch nicht eindeutig bestimmt werden, ob die mangelnde körperliche Aktivität eine Ursache für die Entwicklung der Adipositas ist oder eine Folge der Adipositas. Denn durch die Adipositas leiden die Kinder und Jugendlichen unter körperlichen Einschränkungen, die sportliche Aktivitäten erschweren.<sup>35</sup>

### **3.2.3 Eltern**

In der AOK Familienstudie 2010 wurde untersucht, wie Eltern die Gesundheit ihrer Kinder beeinflussen. Es wurde beispielsweise gefragt, ob der Medienkonsum zeitlich begrenzt wird. Dies bejahten 88 % der Mütter und Väter. Schaut man jedoch genauer hin, ergibt sich, dass diese Begrenzung am häufigsten bei den Vorschulkindern eingehalten wird. Bei den 6-10-Jährigen lässt die Konsequenz der Eltern bereits nach. Heftiger sieht es bei den 10-14-Jährigen aus. Bei einem Viertel findet eine Begrenzung nur noch selten statt. Je höher das Einkommen und der Bildungsstand der Eltern, desto konsequenter begrenzen sie die Medienzeit. Der Medienkonsum ist stark von dem der Eltern abhängig. Der Umgang mit den Me-

---

<sup>34</sup> Vgl. Anlage 13, Interview mit Herr Seiter, Frage 2.

<sup>35</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 19ff.

dien der Eltern ist wahrscheinlich entscheidend für die Umsetzung des Medienkonsums in der Familie.

Hier ist ein starker Zusammenhang zum Übergewicht vorhanden. Kümmern die Eltern sich nicht, oder nur selten darum wie lange die Kinder und Jugendlichen fernsehen oder vor dem Computer sitzen, so ist Übergewicht um das 1,5-fache wahrscheinlicher. Wie unter Punkt 4.1 noch gezeigt wird, sind Jugendliche häufiger übergewichtig und adipös als Kinder. Dies kann demnach also auch mit der nachlassenden Konsequenz der Eltern in Verbindung gebracht werden.

Auch bei der Frage nach täglichen Ritualen, vor allem gemeinsame Mahlzeiten mit den Kindern, ist eine starke Abhängigkeit vom Alter zu erkennen. Je älter die Kinder, desto seltener gaben die Eltern an, tägliche Rituale und Gewohnheiten zu haben. Tägliche Gewohnheiten, somit also ein geregelter Tagesablauf, verringern, laut der AOK-Familienstudie 2010, das Risiko des kindlichen Übergewichts um den Faktor 0,6.

Wird nicht, oder nur unregelmäßig gemeinsam gefrühstückt, so ist die Wahrscheinlichkeit für kindliches Übergewicht um das 1,6-fache erhöht (im Vergleich zum täglichen gemeinsamen Frühstück).

Die Frage nach gemeinsamem Bewegen mit den Kindern wurde von 81,5 % der Eltern bejaht. Jedoch ist auch hier eine Veränderung mit zunehmendem Alter der Kinder erkennbar. Kommen die Kinder in die Grundschule, reduziert sich die Angabe um 8 %, bei Kindern auf weiterführenden Schulen reduziert sich die Nennungshäufigkeit um weitere 15,5 %. Kinder, die täglich regelmäßig Zeit mit ihren Eltern verbringen, sind weniger wahrscheinlich übergewichtig. Kindliches und jugendliches Übergewicht wird also stark von der Erziehung der Eltern beeinflusst.<sup>36</sup>

Die Eltern sind nicht nur für die Genetik verantwortlich, sondern auch für die Erziehung des Kindes. Das Kind sieht seine Eltern als Vorbild, so sind beispielsweise übergewichtige Eltern meist negative Vorbilder, da die Kinder ihr Ess- und Bewegungsverhalten übernehmen. Dr. Dammann, Chefarzt der Kinderrehabilitationsklinik in Wangen, zieht hier auch den Ver-

---

<sup>36</sup> Vgl. Anlage 16, Settertobulte, AOK-Familienstudie 2010, S. 23ff.



gleich zu Rauchern. So haben laut ihm, 70 % der Raucher auch rauchende Kinder.<sup>37</sup>

Auch Hubert Seiter, Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Baden Württemberg, sieht die Eltern als bedeutende Ursache bei der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas.

Er ist der Meinung, dass die Familien mindestens ein Mal in der Woche gemeinsam essen und einkaufen sollten, so dass die Kinder lernen können, wie Mahlzeiten gesund zubereitet werden.<sup>38</sup>

### 3.3 Soziokulturelle Faktoren

Laut Dr. Dammann von den Fachkliniken Wangen, ist es wissenschaftlich belegt, dass ein niedriger Bildungsstand, Armut und Migrationshintergrund die Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Adipositas sind.<sup>39</sup>

Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozialem Status sind häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen.

Bei den 3- bis 17-Jährigen sind 10 % der Kinder mit niedrigem sozialem Status adipös, 5,8 % aus mittlerem Sozialstatus und nur 3,3 % mit hohem sozialem Status.<sup>40</sup>

Abbildung 2.6.3.1  
Adipositas nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus

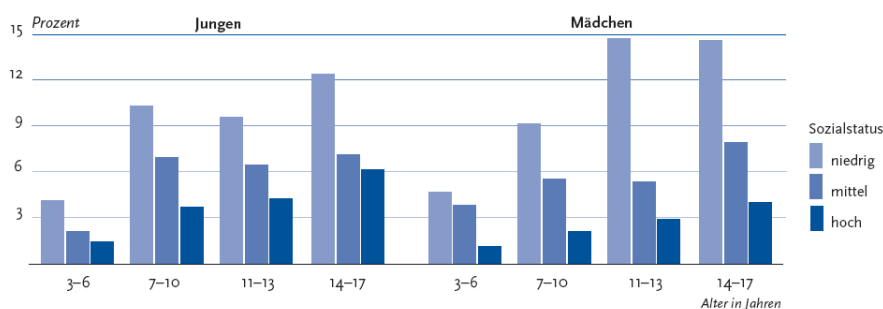


Abbildung 4: Adipositas nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus<sup>41</sup>

<sup>37</sup> Vgl. Anlage 15, Interview mit Herr Dr. Dammann, Frage 3.

<sup>38</sup> Vgl. Anlage 13, Interview mit Herr Seiter, Frage 3.

<sup>39</sup> Vgl. Anlage 15, Interview mit Herr Dr. Dammann, Frage 1.

<sup>40</sup> Vgl. Anlage 17, RKI/BZgA (Hrsg.), Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Tabelle S. 4.

<sup>41</sup> Vgl. Anlage 17, RKI/BZgA (Hrsg.), Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, S. 3.

Diese Abbildung zeigt deutlich, dass in jeder Altersgruppe Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status häufiger adipös sind, als Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem sozialem Status. Vor allem unter den Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren ist der Anteil an adipösen Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozialem Status erschreckend hoch.

Sozial schwache Eltern geben vermutlich weniger Geld für hochwertige Nahrungsmittel aus. In sozial schwachen Familien wird weniger Obst und Gemüse verzehrt, dafür aber mehr Fertiggerichte mit hohem Fettgehalt.<sup>42</sup> Sie haben auch durch ihr begrenztes Budget weniger Möglichkeiten, körperliche Bewegung in den Alltag mit einzubeziehen. Meist fehlt das Geld für den Beitritt zu Sportvereinen oder sie leben in einer Wohnung an einer Hauptstraße ohne Gartenanteil und somit ohne Bewegungsmöglichkeiten für die Kinder.<sup>43</sup>

Dr. Dammann von den Fachkliniken Wangen ist außerdem der Meinung, dass Menschen mit niedrigem Bildungsstand einen sehr hohen Medienkonsum haben. Wenn die Kinder vor dem Fernseher sitzen, haben die Eltern Zeit für sich und müssen sich nicht mit ihnen beschäftigen. Dafür zahlen die Eltern den Preis, dass die Kinder weniger Bewegung haben und zunehmen. Des Weiteren sieht er es als Problem an, dass kalorienreiche Nahrungsmittel sehr günstig angeboten werden. Daher greifen Familien mit weniger Einkommen leichter zu kalorienreichen und ungesunden Nahrungsmitteln.<sup>44</sup>

Auch bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund kommt Übergewicht und Adipositas häufiger vor, als bei Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund. Am stärksten sind davon Kinder und Jugendliche aus türkischen Familien betroffen. Dieser Effekt kommt jedoch nicht nur in Fa-

---

<sup>42</sup> Vgl. Anlage 10, Lache, Übergewichtige Kinder, Generation XXL, S. 6.

<sup>43</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 21.

<sup>44</sup> Vgl. Anlage 15, Interview mit Herr Dr. Dammann, Frage 6 und Frage 11.

milien mit einem niedrigen sozialen Status vor, sondern ist ein Problem in allen Schichten.<sup>45</sup>

Doch warum sind gerade türkische Kinder und Jugendliche so häufig übergewichtig und adipös? Dies liegt vor allem an den Kulturunterschieden. Dicke Kinder sind für die türkischen Familien ein Statussymbol. Diese stehen für Wohlstand und einen guten Familienzusammenhalt. Zudem gelten dicke Kinder in der Türkei als besonders gesund und intelligent. Daran kann man also sehen, dass diese Mentalität immense Folgen für die betroffenen Kinder- und Jugendlichen hat. Darüber hinaus spielt das Ernährungsverhalten bzw. die Nahrungszubereitung eine große Rolle. Fett wird als zentraler Geschmacksträger häufig verwendet, es wird viel Zucker eingesetzt und viel frittiert.<sup>46</sup>

Abbildung 2.6.3.2  
Adipositas nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund

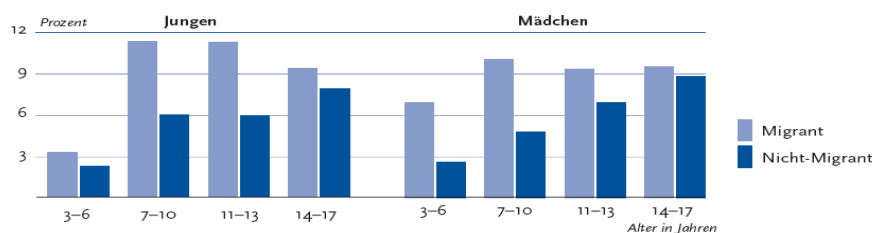


Abbildung 5: Adipositas nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund<sup>47</sup>

Im Alter von 3 bis 13 Jahren ist ein deutlicher Unterschied zwischen den adipösen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und denen ohne Migrationshintergrund zu erkennen.

Erst ab 14 Jahren ist laut diesem Schaubild der Unterschied zwischen adipösen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund sehr gering. Bei den Mädchen findet beinahe eine Angleichung statt.

<sup>45</sup> Vgl. Anlage 17, RKI/BZgA (Hrsg.), Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, S. 3.

<sup>46</sup> Vgl. Anlage 18, Ünal, Türkische Kinderernährung, S. 7ff.

<sup>47</sup> Vgl. Anlage 17, RKI/BZgA (Hrsg.), Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, S. 3.

### 3.4 Psychologische Einflüsse

Auch psychische Erkrankungen, insbesondere Essstörungen, können eine Adipositas auslösen oder unterstützen.

Die Binge Eating Disorder ist eine solche Essstörung. Die Betroffenen sind also aufgrund dieser psychischen Erkrankung adipös.

An dieser Essstörung leidet ca. 1 bis 3 % der Bevölkerung. Von denjenigen, die an Abnehmprogrammen teilnehmen, sind ca. 15 bis 30 % betroffen. Dies bezieht sich aber auf die gesamte Bevölkerung, somit auch auf Erwachsene.

Unter den Adipösen ist dies also eher eine Minderheit. Bei der Binge Eating Disorder verschlingen die Betroffenen bei regelmäßigen Heißhungerattacken große Mengen an Nahrungsmitteln. Im Gegensatz zur Bulimie ergreifen die Erkrankten jedoch keine Gegenmaßnahmen, wie Übergeben oder übermäßigen Sport, um ihr Gewicht wieder zu reduzieren.<sup>48</sup>

Essen wird auch häufig eingesetzt um Stress und Frust abzubauen, Trauer und Ängste zu überwinden oder Langeweile zu überbrücken. Dieses emotionsgebundene Essverhalten führt häufig zur Aufnahme kalorienreicher Nahrungsmittel, da die Nahrungsaufnahme vom Hunger losgelöst ist.<sup>49</sup>

Bei den übrigen Betroffenen sind psychische Probleme eher die Folge der Adipositas, meint Dr. Dammann von den Fachkliniken Wangen.<sup>50</sup>

## 4. Auswirkungen der Adipositas

1960 lag der Durchschnitts-BMI bei 21. Im Jahr 2000 bereits bei 26. Die WHO schätzt den BMI für das Jahr 2040 auf 30. Durch diesen drastischen Anstieg ist Übergewicht und Adipositas eines der größten Gesundheitsprobleme des 21. Jahrhunderts.<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> Vgl. Anlage 19, Bundesministerium für Gesundheit, Binge Eating Disorder.

<sup>49</sup> Vgl. Reinehr/Dobe/Kersting, Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 8f.

<sup>50</sup> Vgl. Anlage 15, Interview mit Herr Dr. Dammann, Frage 4.

<sup>51</sup> Vgl. Berger, Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen, S. 16.

#### 4.1 Aktuelle Zahlen

Nach der aktuellen KiGGS-Studie, die von Mai 2003 bis Mai 2006 mit 17641 Studienteilnehmern durchgeführt wurde, sind in Deutschland 15 % der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen übergewichtig. 6 % der Kinder und Jugendlichen sind sogar adipös. In Zahlen ausgedrückt sind das ca. 1,9 Millionen übergewichtige Kinder- und Jugendliche. Davon leiden 800.000 unter Adipositas.

Vergleicht man die heutigen Zahlen mit denen aus den 1980er- und 1990er-Jahren, so kann man feststellen, dass sich der Anteil der Übergewichtigen um insgesamt 50 % erhöht und der Anteil Adipöser verdoppelt hat. Unter den Jugendlichen sind dabei deutlich mehr Übergewichtige zu finden, als unter den Kindern. Der aktuellen KiGGS-Studie zufolge sind bei den 3- bis 6-Jährigen 9 % übergewichtig, bei den 7- bis 10-Jährigen 15 % und bei den 14- bis 17-Jährigen sogar 17 %. Auch Adipositas ist in höheren Altersgruppen weiter verbreitet als in niedrigeren. Bei den 3- bis 6-Jährigen sind 3 % adipös, bei den 7- bis 10-Jährigen bereits 6 % und bei den 14- bis 17-Jährigen 9 %.

Zwischen Mädchen und Jungen sind keine gravierenden Unterschiede bei der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas erkennbar.

Wie bereits bei den Ursachen erläutert wurde, sind vor allem Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund besonders häufig von Übergewicht und Adipositas betroffen. Nach der aktuellen KiGGS-Studie leiden Kinder, deren Eltern übergewichtig oder adipös sind, ebenfalls häufiger an Übergewicht und Adipositas. Wie bereits in Kapitel 3 aufgeführt, kann dazu sowohl die erbliche Veranlagung, als auch die familiären Lebensbedingungen und Verhaltensweisen beitragen.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Vgl. Anlage 2, RKI (Hrsg.), Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie, S. 29.

## 4.2 Folgebelastungen

Übergewicht und Adipositas stellen nicht nur ein ästhetisches Problem dar, sondern bringen eine Reihe an Begleiterkrankungen mit sich.

Vor allem im Erwachsenenalter haben Übergewicht und Adipositas häufig langfristige, kaum reversible und zum Teil chronische Begleit- und Folgeerkrankungen zur Folge. Viele dieser Erkrankungen kommen auch schon im Kindes- und Jugendalter vor.

Da davon auszugehen ist, dass ca. 26 bis 41 % der adipösen Grundschulkinder und 42 bis 63 % der adipösen Schulkinder auch zu übergewichtigen Erwachsenen werden, ist es besonders wichtig, die Adipositas früh in den Griff zu bekommen.<sup>53</sup>

Die Folgebelastungen können in medizinische und psychische bzw. soziale Belastungen unterteilt werden.

### 4.2.1 Unmittelbare medizinische Folgebelastungen

1,5 % der adipösen Kinder und Jugendlichen leiden bereits unter dem Typ 2 Diabetes mellitus, der umgangssprachlich als Altersdiabetes bekannt ist. Auch Asthma bronchiale kommt bei Adipösen 2 bis 2,4-fach häufiger vor als bei Normalgewichtigen.

Das Skelettsystem der Kinder und Jugendlichen leidet ebenfalls unter dem Gewicht. Wenn das Gewicht nicht reduziert wird, können bleibende Fehlhaltungen der Wirbelsäule, wie ein Hohlrundrücken entstehen. Auch X-Beine sind keine Seltenheit.<sup>54</sup>

Häufig treten im Kindesalter bereits Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Glukosetoleranzstörungen auf.

Adipöse Kinder und Jugendliche wachsen meist schneller und haben einen veränderten Pubertätszeitraum. Häufig setzt die Pubertät früher ein, d.h. bei Mädchen setzt die Regelblutung verhältnismäßig früh ein und die Brust entwickelt sich früher. Eine vor dem 11. Lebensjahr einsetzende

---

<sup>53</sup> Vgl. Zwiauer, Wechsler (Hrsg.), Adipositas, Ursachen und Therapie, S. 220.

Vgl. Lehrke/Laessle, Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 9f.

<sup>54</sup> Vgl. Lawrenz, Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.), Brennpunkte der Sportwissenschaft, S. 14ff.

Regelblutung wird mit einem erhöhten Krebsrisiko verbunden. Obendrein ist dies wieder eine Angriffsfläche für Hänseleien durch Gleichaltrige.

Hinzu kommen teilweise auch orthopädische Probleme, z.B. ein Knicksenkfuß und Infektionen in den Hautfalten. Außerdem reißt bei schneller Gewichtszunahme das Bindegewebe. Diese Risse bleiben den Patienten auf Dauer.<sup>55</sup>

#### **4.2.2 Langfristige medizinische Folgen**

Im Erwachsenenalter haben die Folge- und Begleiterkrankungen weitreichende Folgen. Da, wie bereits unter Punkt 4.2 erwähnt, ca. die Hälfte der adipösen Schulkinder auch zu adipösen Erwachsenen werden, sind viele von den Folgebelastungen im Erwachsenenalter betroffen. Anhand der folgenden Auswirkungen kann erkannt werden, wie wichtig es deshalb ist, adipöse Kinder und Jugendliche nicht zu übergewichtigen und adipösen Erwachsenen werden zu lassen.

Durch die Adipositas kommt es zu einer gravierenden Erhöhung des Risikos für Sekundär- und Folgeerkrankungen. Vor allem Diabetes mellitus Typ 2 tritt bei schwerer Adipositas im Erwachsenenalter bis zu 90-mal häufiger auf als bei Normalgewichtigen. Bluthochdruck tritt bei Adipösen ca. 5-mal häufiger auf, als bei Schlanken. Auch die Blutfettwerte sind proportional zum Ausmaß des Übergewichts erhöht.

Diese drei Faktoren erhöhen das Risiko eine Gefäßerkrankung wie Herzinfarkt oder Schlaganfall zu entwickeln um ein Vielfaches.

Lungenerkrankungen, Gicht und Arthrose treten aufgrund der mechanischen Belastung ebenfalls häufiger auf.<sup>56</sup>

Bei extrem Adipösen kann auch ein obstruktives Schlafapnoesyndrom auftreten. Dieses äußert sich vor allem durch eine schnarchende Atmung bis hin zu einem nächtlichen Atemstillstand, ausgelöst durch Fetteinlagerun-

---

<sup>55</sup> Vgl. Reinehr/Dobe/Kersting, Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 9.  
Vgl. Lehrke/Laessle, Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 9f.

<sup>56</sup> Vgl. Wabitsch/Zwiauer/u.a., Kiess (Hrsg.), Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, S. 157.

gen in Rachen und Schlund. Dadurch wird der Schlaf gestört und es tritt eine verstärkte Tagesmüdigkeit auf.<sup>57</sup>

Übergewicht und Adipositas im Jugendalter führt vor allem bei Männern im Erwachsenenalter – unabhängig vom Gewicht im Erwachsenenalter – zu einer erhöhten Mortalität (Sterblichkeit), besonders durch koronare Herz-erkrankungen, Arteriosklerose (Arterienverkalkung) und Dickdarmkrebs. Außerdem führt jugendliches Übergewicht bei erwachsenen Frauen doppelt so häufig zu Arthritis und Funktionseinschränkungen der Gelenke, als Normalgewicht. Exzessives Übergewicht in der Pubertät führt zu einer erhöhten Morbidität (Erkrankungsrate) und Mortalität im Erwachsenenalter.<sup>58</sup> Zusammenfassend kann Adipositas daher als Auslöser für eine Vielfalt und im Einzelfall auch einer Verkettung von chronischen Folgeerkrankungen mit hohen direkten und indirekten Kosten für das Gesundheitswesen angesehen werden.<sup>59</sup>

#### **4.2.3 Soziale und psychische Folgen**

Die Akzeptanz und das gesellschaftliche Ansehen Übergewichtiger und Adipöser ist in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen. Die Betroffenen erfahren kein Verständnis von ihrer Umwelt.<sup>60</sup>

Durch die Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas, die durch das äußere Erscheinungsbild hervorgerufen wird, entsteht ein großer Leidensdruck. Neuesten Untersuchungen zufolge, haben sie ein geringes Selbstwertgefühl und eine schlechte Lebensqualität. Vor allem sozialer Rückzug und emotionale Belastungen spielen eine große Rolle.<sup>61</sup>

Adipöse Jugendliche, besonders Mädchen, leiden unter drastischen psychosozialen Auswirkungen. Sie haben Probleme einen Partner zu finden, heiraten demzufolge auch seltener, haben schlechtere Berufschancen als

---

<sup>57</sup> Vgl. Lawrenz, Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.), Brennpunkte der Sportwissenschaft, S. 16.

<sup>58</sup> Vgl. Zwiauer, Wechsler (Hrsg.), Adipositas, Ursachen und Therapie, S. 221f.

<sup>59</sup> Vgl. Wabitsch/Zwiauer/u.a., Kiess (Hrsg.), Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, S. 157.

<sup>60</sup> Vgl. Lehrke/Laessle, Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 11.

<sup>61</sup> Vgl. Reinehr/Wabitsch (Hrsg.), Adipositas in praxi, S. 96.



Normalgewichtige und verdienen im Beruf weniger.<sup>62</sup> Die damit verbundene allgemeine Unzufriedenheit mit dem Körper, bietet besonders bei Mädchen den Boden für die Entwicklung von Essstörungen.<sup>63</sup>

Wie bereits unter Punkt 3.4 erwähnt, sind psychische Störungen oft die Folge der Adipositas. Es liegen Befunde vor, die darauf hinweisen, dass vor allem mit der Chronizität der Adipositas das Depressionsrisiko steigt und die Patienten Probleme mit dem Selbstwertgefühl haben. Außerdem sind adipöse Kinder und Jugendliche deutlich häufiger Opfer von Hänseleien als normalgewichtige Gleichaltrige. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen ist der gegenüber normalgewichtiger Kindern und Jugendlichen eingeschränkt. Dies lässt sich hauptsächlich auf die Einschränkungen im Alltag zurückführen. Insbesondere das Erfahren von Hänseleien ist ein Risikofaktor für das Entstehen von Essstörungen.<sup>64</sup>

Aus den psychischen Belastungen resultiert häufig der Rückzug aus sozialen Bindungen. Die Kinder und Jugendlichen essen dann weiter bzw. noch mehr um ihren Kummer zu bewältigen.<sup>65</sup>

### **4.3 Kosten für die Gesellschaft**

Da die Anzahl der Übergewichtigen und Adipösen stetig ansteigt, und vor allem übergewichtige und adipöse Erwachsene mit erheblichen Folge- und Begleiterkrankungen zu rechnen haben, wird unser Gesundheitssystem immer mehr Kosten zu tragen haben. Laut Wolfgang Siegfried, ärztlicher Leiter des Rehasentrums Insula, drohen sehr hohe Kosten, die unser Gesundheitssystem sprengen könnten.<sup>66</sup>

Die Kosten, die der Adipositas zuzurechnen sind, können in drei Arten unterteilt werden. Zum einen die direkten Kosten, welche in unmittelbarem Zusammenhang mit der Krankheit stehen. Darunter fallen somit der Verbrauch von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgütern, z.B. Kosten

---

<sup>62</sup> Vgl. Zwiauer, Wechsler (Hrsg.), Adipositas, Ursachen und Therapie, S. 222.

<sup>63</sup> Vgl. Lehrke/Laessle, Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 11.

<sup>64</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 7f.

<sup>65</sup> Vgl. Anlage 2, RKI (Hrsg.), Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie, S. 27.

<sup>66</sup> Vgl. Anlage 10, Lache, Übergewichtige Kinder, Generation XXL, S. 6.

von Prävention, Therapie und Rehabilitation, und zum anderen der Ressourcenverbrauch im privaten Sektor für Fahrten zu Gesundheitseinrichtungen und eigenfinanzierte Therapien.

Unter den indirekten Kosten versteht man die Kosten, die durch den Ressourcenverlust infolge von Arbeitsunfähigkeit, vorzeitiger Berentung oder vorzeitigem Tod entstehen. Hierdurch entstehen Kosten, da weniger Güter und Dienstleistungen produziert werden können. Außerdem zählen hierzu die Verschlechterung der beruflichen Aufstiegschancen mit entsprechend geringeren Verdienstmöglichkeiten sowie der Zeit- und Geldaufwand der Angehörigen für die Pflege der Patienten.

Die dritte Kostenart sind die sogenannten intangiblen Kosten. Diese entstehen durch die psychosozialen Auswirkungen der Erkrankung, wie z.B. Schmerzen, verminderte Lebensqualität, soziale Abhängigkeit und Diskriminierung.

Diese erkrankten Menschen benötigen Medikamente, Rehabilitationen bis hin zu Erwerbsminderungsrenten. Die Kosten lassen sich jedoch nur recht grob schätzen, da als Hauptdiagnose meist nicht Adipositas angegeben wird. Viel mehr erhalten die Personen Leistungen wegen den Folge- und Begleiterkrankungen, wie orthopädische Schäden, Diabetes mellitus Typ 2 oder anderer.<sup>67</sup>

Dr. Dammann von den Fachkliniken Wangen vertritt die Meinung, dass unser Gesundheitssystem diese Kosten in ca. 30 Jahren nicht mehr tragen kann. Denn Erwerbsminderungsrenten sind sehr teuer. Umso früher die Erwerbsminderung eintritt, umso teurer. Daher lohnt sich eine Rehabilitation oder eine Behandlung in jedem Fall. Durch diese können die Folgestörungen zumindest aufgeschoben werden. Wenn ein Betroffener nur drei Monate länger arbeitet, so hat sich die Rehabilitationsmaßnahme schon gelohnt, meint Dr. Dammann von den Fachkliniken Wangen.<sup>68</sup>

Um diese vorzeitigen Berentungen zu verhindern ist es umso wichtiger, rechtzeitig die Adipositas zu bekämpfen und der weiteren Verbreitung entgegenzuwirken.

---

<sup>67</sup> Vgl. Liebermeister, Adipositas, S. 217ff.

<sup>68</sup> Vgl. Anlage 15, Interview mit Herr Dr. Dammann, Frage 7 und Frage 11.

## 5. Grundprinzip von Angeboten

Es bestehen zahlreiche Angebote für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. Einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zufolge gab es 2004/2005 rund 700 Angebote in Deutschland. Zwei Drittel davon waren ambulant, 19 % waren stationär. Bei den restlichen handelte es sich um Mischformen oder andere Formen.<sup>69</sup>

Aufgrund der psychosozialen Belastungen für die Kinder und Jugendlichen, ist es von besonderer Bedeutung, bereits im Kindes- und Jugendalter die Adipositas zu behandeln. Da in diesem Alter die Möglichkeit besteht, gute Behandlungserfolge zu erzielen, sollte schon früh mit der Behandlung begonnen werden. Da sich Kinder und Jugendliche noch im Wachstum befinden, ist es bei den Programmen oft nicht einmal notwendig, viel abzunehmen. Es ist bereits ein großer Erfolg, wenn die Kinder und Jugendlichen ihr Gewicht halten können. Schon durch weniger intensive Behandlungsverfahren lassen sich positive Effekte auf den BMI erzielen. Das macht die Behandlung im Kindes- und Jugendalter effektiver und effizienter als im Erwachsenenalter.

Eine zentrale Voraussetzung für eine Behandlung ist immer die Motivation der Betroffenen.<sup>70</sup>

### 5.1 Basistherapie

Das Grundprinzip der Behandlung von Adipositas ist es, eine negative Energiebilanz zu erreichen. Die Umsetzung dieses Prinzips ist in der Realität jedoch nicht so einfach.<sup>71</sup>

Bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen ist nicht die schnelle Gewichtsreduktion das Ziel, sondern eine langsame Reduktion des Gewichtes und eine Gewichtskonstanz über mehrere Monate. Eine allzu rasche Gewichtsreduktion hat im Kindes- und Jugendalter oft uner-

---

<sup>69</sup> Vgl. Anlage 20, Schenk, Kinder mit Übergewicht und Adipositas.

<sup>70</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 23f.

<sup>71</sup> Vgl. Wabitsch/Zwiauer/u.a., Kiess (Hrsg.), Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, S. 289.

wünschte Auswirkungen auf das Wachstum und kann in der Regel nicht langfristig aufrechterhalten werden.<sup>72</sup>

In einer Therapie sollten immer die Bausteine Ernährungs-, Verhaltens- und Bewegungstherapie kombiniert werden.

Die Verhaltenstherapie stützt sich auf die Behauptung, dass das Ernährungs-, Ess- und Bewegungsverhalten das Körpergewicht beeinflusst. Diese sind erlernt und somit veränderbar.

Ziele der Verhaltenstherapie sind zu Beginn das Erkennen des Zusammenhangs zwischen Ernährungs-, Ess- und Bewegungsverhalten und dem Gewichtsverlauf. Sie sollen also lernen, sich selbst zu beobachten. Über die Bewertung des eigenen Verhaltens soll dann eine Verhaltensänderung herbeigeführt werden. Die Patienten sollen sich immer nur realistische Ziele setzen, um diese auch erreichen zu können und somit Frustrationen zu vermeiden.

Die Ernährungstherapie basiert auf der Annahme, dass Adipöse im Verhältnis zu ihrem Bewegungsverhalten zu viel Energie konsumieren.

Je weniger Energie sie zu sich nehmen, umso mehr können sie abnehmen.

Es wird empfohlen, die tägliche Kalorienzufuhr um ca. 30 % zu senken. Um dies zu erreichen, sollte der Fettanteil der Nahrung gesenkt werden. Außerdem wird geraten, auf kalorienreiche Zwischenmahlzeiten und energiereiche Getränke zu verzichten. Starre Diätpläne sind für Kinder und Jugendliche nicht geeignet, da dadurch eine altersgemäße Nährstoffzufuhr gefährdet wird. Im Zusammenhang mit der Ernährungstherapie darf nicht von einer Diät gesprochen werden, da Diäten meist zeitlich begrenzt sind. Hier soll aber eine dauerhafte Ernährungsumstellung herbeigeführt werden. Den Kindern sollen Austauschmöglichkeiten für kalorien- und fettreiche Produkte aufgezeigt werden. Erfolgreich ist dies meist, wenn Ampelfarben zur Hilfe genommen werden.

---

<sup>72</sup> Vgl. Lehrke/Laessle, Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S. 37.

Die Bewegungstherapie stützt sich auf die Annahme, dass sich die adipösen Kinder und Jugendlichen im Verhältnis zu ihrer verzehrten Energie zu wenig bewegen.

Ziele der Bewegungstherapie sind, eine aktive sportliche Betätigung, mehr Bewegung im Alltag und den Anteil sitzender Tätigkeiten zu reduzieren. Durch die Bewegungstherapie soll der Energieverbrauch gesteigert und das Selbstbewusstsein der Kinder gestärkt werden. Außerdem kann dadurch ein neues Körpergefühl vermittelt werden. Wird das Bewegungsverhalten im Alltag verändert, vor allem wenn der Fernseh- und Computerkonsum reduziert wird, führt dies zu einer langfristigen Gewichtsreduktion.

Da die Eltern Kontrollfunktionen über das Verhalten des Kindes übernehmen können, ist es wichtig die Familie mit in die Therapie einzubeziehen. Studien haben belegt, dass Therapieansätze, die die Eltern miteinbeziehen erfolgreicher sind. Den Eltern soll beigebracht werden, nicht den Gewichtsverlauf des Kindes zu bewerten, sondern sein Verhalten. Als Belohnung sollen sie Zuwendung oder gemeinsame Aktivitäten gegenüber Lebensmitteln, Sachgegenständen oder Geld vorziehen.<sup>73</sup>

## **5.2 Zertifizierung durch die AGA**

Eine anerkannte Art der Qualitätssicherung ist die Zertifizierung durch die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA).

Wie bereits erwähnt, gibt es zahlreiche Anbieter von Therapieangeboten. Die AGA bietet eine Orientierungshilfe um die Suche nach einem guten Therapieprogramm zu erleichtern. Diese hat Leitlinien für Behandlungsmaßnahmen entwickelt und zertifiziert danach die Therapieeinrichtungen.<sup>74</sup> Auch in Lehrbüchern wird auf die Leitlinien der AGA verwiesen.<sup>75</sup>

---

<sup>73</sup> Vgl. Reinehr, Kiess (Hrsg.), Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, S. 302ff.

<sup>74</sup> Vgl. Anlage 10, Lache, Übergewichtige Kinder, Generation XXL, S. 4.

<sup>75</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 36.

Eine solche Zertifizierung ist eine Möglichkeit ein gutes, qualitatives Programm zu erkennen. Selbstverständlich gibt es noch weitere Organisationen, die Zertifikate ausstellen und die Qualität überprüfen. Hat eine Einrichtung keine Zertifizierung durch die AGA, bedeutet das nicht automatisch, dass die Einrichtung kein qualitativ hochwertiges Therapieangebot bietet. Die Zertifizierung ist lediglich ein Anhaltspunkt und eine besondere Auszeichnung.

Um eine Zertifizierung durch die AGA zu erhalten, muss die Therapieeinrichtung einen Antrag bei dem Vorstand der AGA stellen. Um diesen stellen zu können, muss der für die Durchführung der Schulung Verantwortliche, Mitglied der AGA sein.

Eine Zertifizierung erfolgt dann, wenn alle Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Das Zertifikat hat eine Gültigkeit von drei Jahren. Bei der Qualitätsprüfung wird unter anderem geprüft, ob die Eltern miteinbezogen werden. Diese sollten informiert und ebenfalls geschult werden. Wie bereits erwähnt, spielen die Eltern eine sehr große Rolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Adipositas. Daher ist es besonders wichtig, dass sie lernen, ihre Kinder zu motivieren und zu unterstützen. Außerdem wird überprüft, dass eine Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie praktiziert wird.

Im Mittelpunkt sollte keine schnelle Gewichtsreduktion stehen, sondern eine Lebensstiländerung, die langfristig gesehen zu einer gesunden Gewichtsabnahme führt.

Die Therapieeinrichtungen müssen die Anforderungen zu Struktur-, Konzept-, Prozess- und Ergebnisqualität erfüllen, um die Zertifizierung zu erhalten.

Zur Strukturqualität gehört z.B. die bauliche Ausstattung der Gebäude (Lehrküche, Gymnastikräume, etc. müssen vorhanden sein) oder auch die Inhalte der Therapien und Schulungen. Es ist beispielsweise erforderlich, dass sowohl Ernährung als auch Bewegung und medizinische Aspekte enthalten sind. Auch zur Qualifikation der Fachkräfte müssen Vorgaben eingehalten werden. So muss beispielsweise eine Ernährungsfachkraft

eine einjährige Erfahrung in der Betreuung von adipösen Kindern und Jugendlichen besitzen.

Unter die Konzeptqualität fallen Aspekte wie Ernährung, Bewegung und Verhaltenstherapie. Bei der Bewegungstherapie soll die Förderung der Eigeninitiative und Eigenverantwortung zur selbständigen Bewegung im Vordergrund stehen.<sup>76</sup> Bei der Ernährung sollen sich die Therapieeinrichtungen an die „optimierte Mischkost“ halten. Diese orientiert sich an drei Regeln. Getränke und pflanzliche Lebensmittel dürfen reichlich verzehrt werden, tierische Lebensmittel nur mäßig und fett- und zuckerreiche Lebensmittel lediglich sparsam.<sup>77</sup>

Die Eltern sollen durch Elternabende, Fortbildungsveranstaltungen und Handbücher aktiv in das Programm miteinbezogen werden. Außerdem sollen sie geschult werden, dass sie die Veränderung des Kindes nach dem Programm aufrechterhalten und unterstützen können.

Bei der Prozessqualität wird beispielsweise gefordert, dass es regelmäßige Teambesprechungen gibt, in denen die Fortschritte der einzelnen Teilnehmer reflektiert werden. Außerdem sollen die Schulungsgruppen aus Kindern und Jugendlichen derselben Altersgruppen bestehen und der behandelnde Arzt soll miteingebunden werden (Abschlussbericht an behandelnden Arzt, Kontaktaufnahme bei Problemen).

Die Voraussetzungen, die unter die Ergebnisqualität fallen, sind z.B., dass sowohl vor der Behandlung als auch nach der Behandlung Alter, Geschlecht, Gewicht und Größe dokumentiert werden. Ferner soll angegeben werden, wie viele Teilnehmer das Programm abgebrochen haben und wie viele ihr Gewicht reduziert haben.<sup>78</sup>

Aus Platzgründen können nicht alle erforderlichen Kriterien für die Zertifizierung aufgeführt werden. Es wurden nur einige herausgegriffen.

Erfüllt eine Therapieeinrichtung alle Voraussetzungen, so erhalten sie eine Zertifizierung durch die AGA.

---

<sup>76</sup> Vgl. Anlage 21, AGA, Zertifizierung von Therapieeinrichtungen, S. 1ff.

<sup>77</sup> Vgl. Anlage 22, AGA, S2 Leitlinie, S. 45.

<sup>78</sup> Vgl. Anlage 21, AGA, Zertifizierung von Therapieeinrichtungen, S. 4ff.

## 6. Bestehende Angebote

Wie bereits in Kapitel 5 erwähnt, bestehen zahlreiche Angebote für Betroffene. Diese reichen von Programmen in Kinderarztpraxen, Ernährungsberatungsstellen und Sportvereinen bis hin zu Klinikaufenthalten.

Viele der Angebote greifen auch schon vor dem Eintritt einer Adipositas. Inhalt dieser Arbeit sollen aber nur Angebote für Kinder und Jugendliche sein, die bereits unter starkem Übergewicht, also Adipositas, leiden. Hier bieten vor allem die Sozialleistungsträger eine echte Hilfe. Sie können die entstehenden Kosten zum Teil oder sogar komplett übernehmen und stellen daher ein attraktives Angebot dar. Daher werden im Folgenden die Voraussetzungen für eine Leistung durch die gesetzliche Rentenversicherung (gRV) und die gesetzliche Krankenversicherung (gKV) dargelegt.

Selbstverständlich gibt es darüber hinaus noch viele andere Angebote, die jedoch privat finanziert werden müssen. Diese aufzuführen soll aber nicht Bestandteil dieser Arbeit sein. Neben der stationären Rehabilitation durch die Rentenversicherung wird im folgenden Abschnitt auch auf ambulante Patientenschulungsprogramme eingegangen, die durch die Krankenkassen finanziert werden können.

Durch den begrenzten Umfang dieser Arbeit kann selbstverständlich nicht auf alle Angebote eingegangen werden.

### 6.1 Gesetzliche Rentenversicherung

Adipositas allein genügt nicht als Diagnose um eine stationäre Kinderheilbehandlung von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bewilligt zu bekommen. Es muss sich um „Übergewicht in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren und anderen Erkrankungen“<sup>79</sup> handeln. Nachfolgend werden die Rechtsgrundlagen aufgeführt, die es den Rentenversicherungsträgern ermöglichen, stationäre Heilbehandlungen für Kinder zu erbringen. Anschließend wird das damit verbundene Angebot der DRV aufgeführt.

---

<sup>79</sup> Vgl. Anlage 42, § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 KiHB-Richtlinien vom 05.09.1991 i.d.F. vom 26.02.1997.



### **6.1.1 Rechtsgrundlagen**

Gem. § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI können stationäre Heilbehandlungen für nicht versicherte Kinder von Versicherten und Rentnern als sonstige Leistung zur Teilhabe erbracht werden, wenn dadurch „voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.“<sup>80</sup>

Sonstige Leistungen sind Ermessensleistungen. Diese sind nicht gesetzlich vorgeschrieben, sondern nach gemeinsamen Richtlinien zu erbringen. Die gemeinsamen Richtlinien können die Rentenversicherungsträger nach ihrem Ermessen erlassen, sie müssen sich jedoch in dem vom Gesetzgeber bestimmten Rahmen bewegen. Haben die Rentenversicherungsträger Richtlinien erlassen, so sind sie bei der Leistungsgewährung auch daran gebunden.<sup>81</sup> Zu § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI gibt es solche gemeinsame Richtlinien, die sogenannten Kinderheilbehandlungs-Richtlinien (KiHB-Richtlinien). Die Kinderheilbehandlungen müssen gemeinsam mit den Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2 und 5 die finanzielle Grenze einhalten. Diese beträgt 7,5 % der Haushaltsansätze für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die ergänzenden Leistungen.<sup>82</sup>

Die weiteren Regelungen für die Rentenversicherung ergeben sich aus den KiHB-Richtlinien.

Gem. § 1 KiHB-Richtlinien können die Rentenversicherungsträger „als sonstige Leistungen zur Rehabilitation nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für nichtversicherte Kinder von Versicherten und von Beziehern einer Rente wegen Alters oder wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie für Bezieher einer Waisenrente stationäre Heilbehandlungen (Kinderheilbehandlungen) erbringen.“<sup>83</sup>

Die persönlichen Voraussetzungen ergeben sich aus § 2 KiHB-Richtlinien. Demnach werden Kinderheilbehandlungen erbracht, „wenn hierdurch vo-

---

<sup>80</sup> § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI.

<sup>81</sup> Vgl. Hirsch, Reinhardt (Hrsg.), Sozialgesetzbuch VI Gesetzliche Rentenversicherung, S. 101.

<sup>82</sup> § 31 Abs. 3 SGB VI.

<sup>83</sup> Vgl. Anlage 42, § 1 KiHB-Richtlinien vom 05.09.1991 i.d.F. vom 26.02.1997.

raussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.“<sup>84</sup>

Anschließend gibt es eine abschließende Aufzählung von Krankheiten, bei denen davon auszugehen ist, dass § 2 Abs. 1 Satz 1 KiHB-Richtlinien erfüllt ist. Gem. § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 KiHB-Richtlinien ist Übergewicht in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren und anderen Erkrankungen ein solcher Tatbestand.

Des Weiteren müssen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein. Diese ergeben sich aus § 3 KiHB-Richtlinien und müssen, gem. § 31 Abs. 2 Satz 1 letzter Halbsatz SGB VI, durch den versicherten Eltern teil des Kindes erfüllt werden. Nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 KiHB-Richtlinien müssen in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorliegen. Die Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn nach Nr. 2 „innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt wurde oder der Versicherte nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen ist.“<sup>85</sup> Gem. Nr. 3 sind die Voraussetzungen ebenfalls erfüllt, wenn die Versicherten bei Antragstellung die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben. Die Nummern 1 und 2 entsprechen § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB VI.

Gem. § 3 Abs. 2 KiHB-Richtlinien gelten auch in den Haushalt aufgenommene Stief- und Pflegekinder und Enkel und Geschwister von Versicherten oder Rentenbeziehern, die in den Haushalt aufgenommen sind oder überwiegend unterhalten werden, als Kinder im Sinne des § 1 KiHB-Richtlinien.

---

<sup>84</sup> Vgl. Anlage 42, § 2 Abs. 1 Satz 1 KiHB-Richtlinien vom 05.09.1991 i.d.F. vom 26.02.1997.

<sup>85</sup> Vgl. Anlage 42, § 3 Abs. 1 Nr. 2 KiHB-Richtlinien vom 05.09.1991 i.d.F. vom 26.02.1997.

Zu den KiHB-Richtlinien vom 05.09.1991 gibt es eine neue Fassung vom 18.07.2002. Darin wurde der Kindesbegriff an § 46 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB IX i.V.m § 32 EStG angepasst. In der Fassung vom 18.07.2002 können Stief-, Enkel- und Geschwisterkinder von Versicherten nicht als Kinder berücksichtigt werden. Diese Anpassung wurde durch die Rentenversicherungsträger jedoch nicht in Kraft gesetzt. Daher ist weiterhin der Kindesbegriff nach den §§ 46 Abs. 2 und 48 Abs. 3 SGB VI in der Fassung von 1997 maßgebend.<sup>86</sup>

Gem. § 3 Abs. 3 KiHB-Richtlinien können Kinder über das 18. Lebensjahr hinaus, bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres berücksichtigt werden, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr ableisten oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung nicht in der Lage sind, sich selbst zu unterhalten.

Unter § 4 KiHB-Richtlinien sind einige Ausschlussgründe aufgeführt, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen wird, da dies für die vorliegende Arbeit nicht von Bedeutung ist.

§ 5 KiHB-Richtlinien definiert den Umfang und die Dauer der Leistungen. Demnach umfassen Kinderheilbehandlungen die „Gewährung von ärztlicher und nichtärztlicher Therapie, Pflege und Versorgung mit Medikamenten, Unterkunft und Verpflegung in geeigneten Einrichtungen, sowie die Übernahme von Reisekosten und sonstigen notwendigen Nebenkosten.“<sup>87</sup>

Liegen medizinische Gründe vor, kann auch eine Begleitperson bewilligt werden. Grundsätzlich sollen Kinderheilbehandlungen für vier Wochen bewilligt werden. Der Zeitraum kann jedoch verlängert werden, wenn es zur Erreichung des Rehabilitationsziels notwendig ist.

In den §§ 6 bis 12 KiHB-Richtlinien ist außerdem geregelt, wann ein Antrag abgelehnt werden darf, dass sich die Zuständigkeit nach den Vorschriften des SGB VI richtet und die Vorschriften über ergänzende Leistungen nach den §§ 28 ff. SGB VI Anwendung finden.

---

<sup>86</sup> Vgl. Anlage 23, Erläuterungen zu den Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung.

<sup>87</sup> Vgl. Anlage 42, § 5 Abs. 1 KiHB-Richtlinien vom 05.09.1991 i.d.F. vom 26.02.1997.

Des Weiteren ist in § 11 KiHB-Richtlinien geregelt, dass bei Kinderheilbehandlungen keine Zuzahlung zu leisten ist.

### ***6.1.2 Rehabilitation und deren Inhalte am Beispiel der Rehabilitationskinderklinik Wangen***

Aufgrund der genannten Rechtsgrundlagen erbringt die DRV stationäre Heilbehandlungen für Kinder.

Wenn Krankheiten im Kindes- und Jugendalter nicht richtig behandelt werden, können diese die Entwicklung beeinträchtigen und sich auf die Leistungsfähigkeit im Erwachsenenalter auswirken.

Da die Deutsche Rentenversicherung auf künftige gesunde Beitragszahler angewiesen ist, verleiht sie der Rehabilitation (Reha) von Kindern und Jugendlichen einen hohen Stellenwert. Das zentrale Ziel der Reha ist daher die spätere Eingliederung in das Erwerbsleben.<sup>88</sup> Dem Ersten Direktor der DRV BW, Hubert Seiter, sind Kinderrehabilitationen besonders wichtig, da es sich um eine sinnvolle Investition in die Gesundheit und dadurch hoffentlich auch in die Beitragsfähigkeit der Zukunft handelt. In erster Linie wird dadurch auch die Schul- und Ausbildungsfähigkeit gesichert und eine künftige Erwerbsfähigkeit.<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> Vgl. Anlage 24, DRV Bund (Hrsg.), Positionspapier der gesetzlichen Rentenversicherung, S. 2ff.

<sup>89</sup> Vgl. Anlage 13, Interview mit Herr Seiter, Frage 1 und Frage 16.

Die folgenden Schaubilder spiegeln die zunehmende Bedeutung von Adipositas bei Kinderheilverfahren wider.

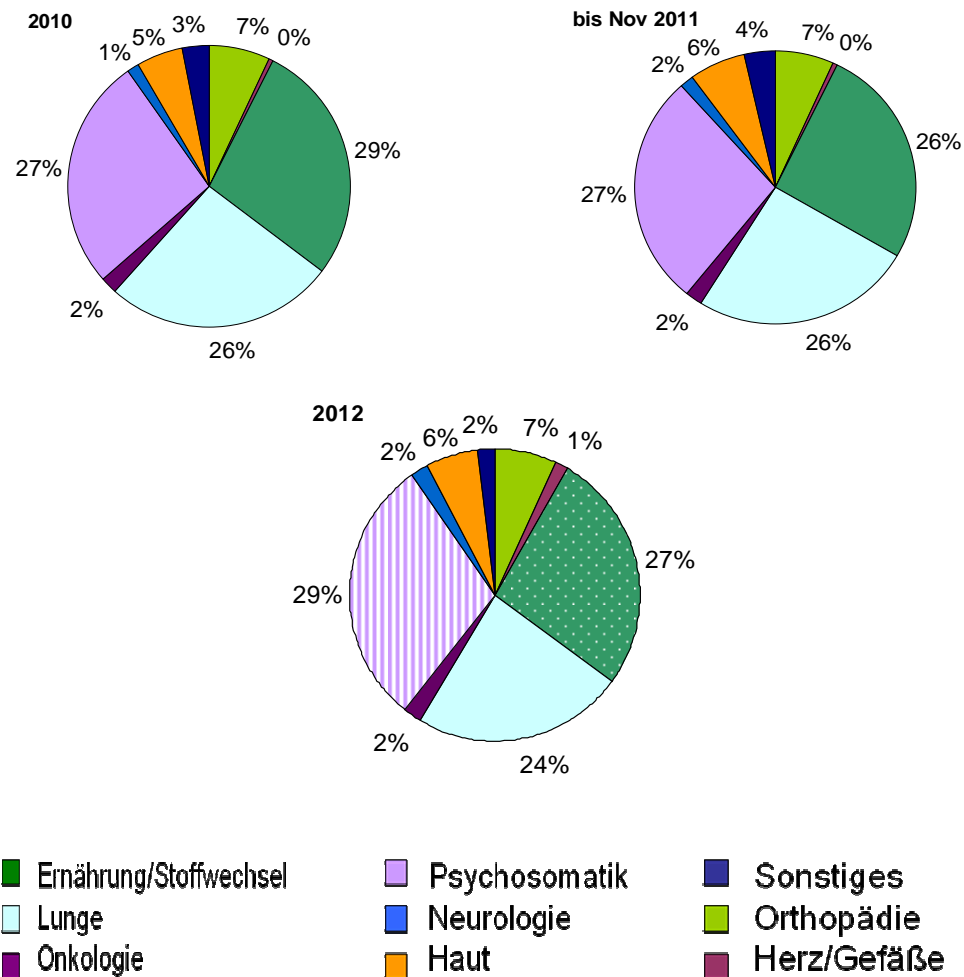


Abbildung 6: bewilligte Kinderheilverfahren nach Diagnosegruppen<sup>90</sup>

Diese Grafiken zeigen die bewilligten Kinderheilverfahren der DRV BW, nach Diagnosegruppen, von 2010 bis 2012. Adipositas fällt unter die Diagnose „Ernährung/Stoffwechsel“. Mit „Psychosomatik“ und „Lunge“ machen diese den größten Anteil der bewilligten Kinderheilverfahren aus. Dabei gilt es zu beachten, dass in dieser Grafik lediglich die durchgeführten Rehabilitationsleistungen aufgeführt sind. Da nur ein kleiner Teil überhaupt eine Rehabilitationsleistung beantragt, ist davon auszugehen, dass es noch viel mehr betroffene Kinder und Jugendliche gibt.

<sup>90</sup> Vgl. Anlage 25, DRV BW, PowerPoint-Präsentation, S. 10f.

Die Inhalte der Reha sind nachfolgend am Beispiel der Rehabilitationskinderklinik Wangen aufgeführt.

Die Rehabilitationskinderklinik in Wangen im Allgäu ist eine Einrichtung, die durch die AGA zertifiziert wurde. Diese wird unter anderem von den Rentenversicherungsträgern belegt. Daher wird nachfolgend der Inhalt einer stationären Kinderheilbehandlung am Beispiel der Rehabilitationskinderklinik Wangen aufgezeigt.

Nachdem die Kinderheilbehandlung erfolgreich beantragt wurde, erhält die Familie von der entsprechenden Klinik den Aufnahmetermin und alle wichtigen Informationen.

Die Reha beginnt mit einem Aufnahmegespräch. Bei diesem werden mit einem Psychologen oder einem Arzt, sowie einem Betreuer der jeweiligen Gruppe, mit dem Kind bzw. Jugendlichen und seinen Eltern, die Ziele der Reha definiert.

Im Rahmen des Aufnahmeverfahrens wird das Kind bzw. der Jugendliche außerdem von einem Arzt untersucht.

Die Kinder und Jugendlichen ohne Begleitpersonen wohnen in Gruppen mit gleichaltrigen Jungen und Mädchen zusammen. Die Kinder mit Begleitpersonen sind mit ihrer Begleitperson in einer eigenen Gruppe untergebracht.

Die Kinder und Jugendlichen bekommen zu Beginn einen individuell auf ihr Krankheitsbild abgestimmten „Stundenplan“. Dieser enthält neben Schulunterricht an der klinikeigenen Schule auch Sportunterricht, Schulungen und Gruppentherapien. Wichtig ist hierbei, dass die Kinder durch die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme keine Nachteile in der Schule erleiden. Die Klinik setzt sich mit der Heimatschule in Verbindung und das Kind lernt so auch während der Maßnahme seinen individuellen Schulstoff.

Die Bewegungstherapie ist für den Sportunterricht verantwortlich. So bekommen die Kinder Schwimmunterricht, machen Spiele im Wasser, Aus-

dauertraining oder große Sportspiele wie Basketball, Fußball und Volleyball. Die adipösen Kinder und Jugendlichen sind dabei in Gruppen gemeinsam mit gleichaltrigen Adipösen unterteilt. Dabei entdecken viele wieder Spaß an der Bewegung. Denn da alle, mit den gleichen Problemen zu kämpfen haben, kann es ihnen auch wieder möglich sein, Erfolge zu erzielen. Zwei Mal pro Woche steht Frühsport in Form von Walken oder Joggen auf dem Programm.

Die Kinder und Jugendlichen bekommen in der Adipositasschulung und in der Ernährungslehre wichtige Informationen zu Adipositas, Sport, Ernährung, Nahrungszubereitung und Essverhalten. Mit Hilfe der Ernährungspyramide sollen die Kinder lernen, ihr Essverhalten zu kontrollieren und selbst in die Hand zu nehmen. Es soll ihnen hierbei vermittelt werden, dass es auf die Auswahl und Menge der Lebensmittel ankommt und welche Nahrungsmittel geeignet und welche ungeeignet sind, um abzunehmen. In der Lehrküche lernen sie gesund zu kochen. An einem Wochenende werden auch die Eltern zu Schulungen eingeladen.

Ihre freie Zeit verbringen die Kinder und Jugendlichen auf ihrer Gruppe.

Dort bekommen sie Hilfestellungen bei Schulschwierigkeiten, werden regelmäßig gewogen und es werden Vorher- und Nachher-Fotos gemacht. Auch Gruppenaktivitäten und die Freizeitgestaltung werden auf der Gruppe geplant. Außerdem setzt man sich dort mit dem Essverhalten der Kinder und Jugendlichen auseinander. Sie ist die Verknüpfungsstelle zwischen den Kindern und Jugendlichen und den Mitarbeitern aus den verschiedenen Bereichen. Dort wohnen die Patienten, werden betreut und gehen von dort aus zu den verschiedenen Terminen.

Um die Rehabilitationsziele der einzelnen Kinder und Jugendlichen zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren, finden wöchentliche Teamsitzungen statt. In diesen Teamsitzungen treffen sich Mitarbeiter aus den verschiedenen Bereichen und tauschen ihre Erfahrungen über die Patienten aus.<sup>91</sup>

---

<sup>91</sup> Vgl. Anlage 26, Rehabilitationskinderklinik Wangen, Adipositas und eigene Erfahrungen.

Durch die Rehabilitationsmaßnahmen werden durchweg positive Ergebnisse erzielt, dazu aber in Kapitel 7 nähere Ausführungen.

### **6.1.3 Kooperationen**

Da die Rentenversicherungsträger keine Nachsorgeleistungen erbringen dürfen, versucht die DRV BW durch Kooperationen mit anderen Leistungsträgern, die stationäre Reha mit ambulanten Leistungen anderer Leistungsträger zu verknüpfen. In dieser Hinsicht ist die DRV BW ein Vorreiter. Nachfolgend werden drei solcher Kooperationen aufgeführt.

#### **6.1.3.1 Kooperation mit dem Deutschen Hausärzteverband Baden-Württemberg**

Die DRV BW hat mit dem Deutschen Hausärzteverband-Landesverband Baden-Württemberg, mit den baden-württembergischen Landesverbänden der Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugendpsychiater eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Die Kooperationsvereinbarung hat zum Ziel, dass die Hausärzte besser in den Rehabilitationsprozess eingegliedert werden und die erzielten Ergebnisse nachhaltig gesichert werden. Denn nach der Rehabilitationsmaßnahme sind keine ärztlichen Untersuchungen mehr vorgesehen. Durch diese Kooperation versucht die DRV BW auch nach der durchgeführten Maßnahme noch Informationen über die weitere Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu bekommen.

Der behandelnde Arzt stellt den Antrag auf die Kinderrehabilitation. Nach der abgeschlossenen Kinderheilbehandlung führt der Kinderarzt, Kinderpsychiater oder Hausarzt ein ausführliches Gespräch mit dem Patient und seinen Eltern. Falls nötig, leitet er weitere Schritte ein, um den Rehabilitationserfolg zu sichern. Die Ergebnisse dokumentiert der Arzt in Fragebogen 1 und übersendet ihn dem zuständigen Regionalzentrum. Sechs Monate nach Abschluss der Kinderheilbehandlung protokolliert der behandelnde Arzt den Krankheitsverlauf in Fragebogen 2 und übersendet ihn ebenfalls dem zuständigen Regionalzentrum. Dies ist ein Versuch, die



Nachhaltigkeit zu sichern, und Informationen über den Verlauf nach der Reha zu erlangen.<sup>92</sup>

Für Kinder und Jugendliche besteht keine Möglichkeit für Nachsorgeleistungen. Die Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI umfassen lediglich stationäre Kinderheilbehandlungen.

Die Rentenversicherungsträger haben somit keine Möglichkeiten, die Patienten auch nach Abschluss der Rehabilitation zu unterstützen.

Die Kooperationsvereinbarung ist daher ein anderes Mittel, den Rehabilitationserfolg der Patienten auch nach der Rehabilitation zu sichern. Nach Meinung von Frau Dr. Laudien hilft es bereits, wenn die Kinder und Jugendlichen merken, dass sich jemand für sie interessiert. Die Kinder werden dadurch motiviert auch nach der abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme am Ball zu bleiben. Das geschieht hier mittels der Nachuntersuchung durch den Arzt.<sup>93</sup>

#### **6.1.3.2 Kooperation mit BKK Kinderleicht**

Die Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg bieten das Versorgungsprogramm „Kinderleicht“ für Kinder und Jugendliche mit starkem Übergewicht an. Dieses Konzept verknüpft einzelne Behandlungsbausteine, wie zum Beispiel Ernährungsberatung, Psychotherapie, Sport und Bewegungsprogramm, ambulante Patientenschulungen und stationäre Rehabilitationsleistungen miteinander.

Für den Baustein Kinderrehabilitation ist die DRV BW Partner der Betriebskrankenkassen.

Die zentralen Ziele des Programmes sind eine nachhaltige Gewichtsabnahme, eine Steigerung der Lebensqualität sowie das Verhindern von Begleit- und Folgeerkrankungen.

Das Programm dauert ein Jahr und startet mit einer Eingangsuntersuchung bei einem Kinder- und Jugendarzt. Anschließend definiert dieser

---

<sup>92</sup> Vgl. Anlage 27, DRV BW, Kooperationsvereinbarungen zur Kinderrehabilitation.  
Vgl. Anlage 30, Infosys vom 02.01.2012.

<sup>93</sup> Vgl. Anlage 14, Interview mit Frau Dr. Laudien, Frage 9.

mit den Patienten gemeinsam die individuellen Ziele und bespricht die nächsten Behandlungsschritte. Zudem koordiniert dieser Arzt auch die erforderlichen Behandlungsschritte und überwacht den Verlauf.

Ist zur Verbesserung des Behandlungserfolges eine stationäre Kinderrehabilitation vorgesehen, so wird diese bei der DRV BW beantragt.

Durchgeführt wird die Reha ausschließlich in den Fachkliniken Wangen.

Die Entwicklung des Patienten wird in regelmäßigen Schritten durch den Kinder- und Jugendarzt kontrolliert.<sup>94</sup>

### **6.1.3.3 Kooperationsmodell „Adipöse Kinder“ der DRV BW mit der AOK BW**

Dieses Kooperationsmodell verknüpft die stationäre Kinderheilbehandlung der DRV BW mit einem Patientenschulungsprogramm, das durch die AOK BW finanziert wird. Behandelt werden extrem adipöse Kinder und Jugendliche (BMI über der 99,5. Perzentile), adipöse Kinder und Jugendliche (BMI zwischen der 97. und 99,5. Perzentile), wenn zusätzliche Risikofaktoren und andere Krankheiten vorliegen und übergewichtige Kinder und Jugendliche (BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile) mit behandlungsbedürftigen Krankheiten.

Durch die Verbindung von stationären und ambulanten Therapien soll eine dauerhafte Veränderung im Ess- und Bewegungsverhalten der Kinder erreicht werden. Insgesamt soll durch die Kooperation die Versorgungsqualität verbessert werden. Die Modellregionen sind Ulm, Rhein-Neckar (Mannheim, Heidelberg), Konstanz, Freiburg und Ludwigsburg.

Der behandelnde Arzt ist für die Indikationsstellung zuständig und führt mit den Eltern und dem Patient ein Beratungsgespräch. Schließlich füllt er den ärztlichen Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe aus und erklärt darin, dass anschließend ein ambulantes Adipositasprogramm erforderlich ist. Außerdem gibt er eine Teilnahmeempfehlung für das ambulante Patientenschulungsprogramm.

---

<sup>94</sup> Vgl. Anlage 28, BKK Landesverband Baden-Württemberg, Kinderleicht.  
Vgl. Anlage 29, Infosys vom 16.07.2009.

Anschließend sollen die Eltern den Antrag bei der DRV BW stellen.

Diese bewilligt dann, wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, eine dreiwöchige Rehabilitationsmaßnahme. Bis zum 12. Lebensjahr wird immer eine Begleitperson bewilligt. Das ambulante Programm soll mit der Entlassmitteilung der Rehabilitationsklinik eingeleitet werden. Innerhalb von einer Woche nach der Entlassung findet dann der erste Schulungstermin statt. Das Schulungsprogramm dauert ca. ein Jahr.<sup>95</sup>

Ursprünglich sollte dieses Projekt im Dezember 2011 beendet werden. Um jedoch eine höhere Teilnehmerzahl und dadurch eine aussagekräftigere Auswertung zu bekommen wurde es verlängert. Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt sollen im Laufe des Jahres 2013 bewertet werden. Laut Mitarbeitern der Abteilungen Sozialmedizinischer Dienst/Reha-Management und Grundsatz & Steuerung der DRV BW werden pro Jahr nur ca. 20 Kinder über dieses Projekt in Reha geschickt.<sup>96</sup>

Ein weiterführendes Patientenschulungsprogramm der AOK BW wird unter Punkt 6.2 näher erläutert.

## **6.2 Gesetzliche Krankenversicherung**

Die gesetzliche Krankenversicherung (gKV) kann im Gegensatz zur gRV sowohl stationäre, als auch ambulante Leistungen für Kinder und Jugendliche erbringen. Des Weiteren können die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für Patientenschulungsprogramme übernehmen.

Diese sind eine Besonderheit der gKV. Da sich die stationäre Reha von der gKV und der gRV kaum unterscheidet, werden nach der Ausführung der Rechtsgrundlagen nur die Patientenschulungsprogramme näher behandelt. Da hier keine abschließende Aufzählung erfolgen kann, werden Programme herausgegriffen, die von der AGA zertifiziert wurden.

---

<sup>95</sup> Vgl. Anlage 31, DRV BW, AOK BW Informationen für die Eltern.

Vgl. Anlage 32, Kooperationsmodell „Adipöse Kinder“ der DRV BW und AOK BW.

<sup>96</sup> Rücksprache mit Mitarbeitern der Abteilungen Sozialmedizinischer Dienst/Reha-Management und Grundsatz & Steuerung der DRV BW [01.03.2013].

### **6.2.1 Rechtsgrundlagen**

Die gKV erbringt nach § 1 i.V.m. § 40 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ambulante und stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche, um eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden, bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Im Gegensatz zur gRV, wird in § 40 SGB V, die Rehabilitation durch die gKV für Erwachsene und Kinder/Jugendliche gemeinsam geregelt.

Außerdem gibt es im Unterschied zu den Rehabilitationsmaßnahmen für Erwachsene keine Vorrangregelung zwischen den Leistungsträgern. Die Krankenversicherung (KV) und die Rentenversicherung können daher gleichrangig leisten. Dabei ist zu beachten, dass der erstangegangene Leistungsträger zu leisten hat.

Die gesetzlichen Krankenkassen können nach § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche vom 20.12.2006 (Gemeinsame Empfehlungen) auch Patientenschulungen für adipöse Kinder und Jugendliche erbringen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben verbindliche Kriterien und Standards entwickelt, bei denen eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse in Betracht kommen kann.

Eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse kann danach erfolgen, wenn der BMI entweder die 99,5. Perzentile übersteigt, also eine extreme Adipositas vorliegt oder der BMI die 97. Perzentile übersteigt und Risikofaktoren oder Erkrankungen vorliegen, die mit der Adipositas zusammenhängen. Wenn der BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile liegt und eine behandlungsbedürftige Begleiterkrankung vorliegt, kann gegebenenfalls auch die Teilnahme an einer Patientenschulung erfolgen.

Weitere Voraussetzungen sind, dass eine durchgeführte ambulante ärztliche Behandlung, die den Leitlinienempfehlungen der AGA entspricht, er-

folglos war und dass der behandelnde Kinder- oder Hausarzt die Teilnahme an dem Adipositasprogramm befürwortet.

In den Gemeinsamen Empfehlungen ist auch geregelt, dass das Schulungsprogramm abgebrochen werden muss, wenn die Patienten nicht regelmäßig an den Schulungsterminen teilnehmen oder Gesundheitsstörungen auftreten, die eine regelmäßige Teilnahme unmöglich machen.

Die Ziele müssen unter anderem eine langfristige Gewichtsreduktion und Gewichtsstabilisierung, eine dauerhafte Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens, Einbeziehung der Eltern, Verbesserung der Risikofaktoren und Erkrankungen, die mit der Adipositas zusammenhängen, sowie das Vermeiden von unerwünschten Therapieeffekten, wie das Entwickeln von Essstörungen sein.

Die Therapieprogramme sollen auch hier die Module Ernährung, Bewegung, Verhaltenstherapie, Elterneinbindung und medizinische Informationen enthalten.

Für die einzelnen Module sind in den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche vom 20.12.2006 jeweils verbindliche Inhalte festgelegt.

Diese ausführlich aufzuzählen und auszuführen würde allerdings den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

In Punkt 2.3 dieser Empfehlungen ist festgelegt, dass der Leistungsanbieter ein schriftlich fixiertes strukturiertes Patientenschulungsprogramm vorzulegen hat. Das Programm muss die genannten Ziele und Inhalte berücksichtigen. Nach dieser Vorlage kann dann im Einzelfall entschieden werden, ob die Kosten für das Patientenschulungsprogramm übernommen werden können.<sup>97</sup>

---

<sup>97</sup> Vgl. § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. Anlage 33, Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche vom 20.12.2006.

### **6.2.2 Obeldicks**

Obeldicks ist ein ambulantes Schulungsprogramm für adipöse Kinder und Jugendliche.

Das Programm wurde in Kooperation mit dem Forschungszentrum für Kinderernährung Dortmund an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln, Universität Witten/Herdecke entwickelt. Das Ziel von Obeldicks ist sowohl eine Gewichtsreduktion als auch die Vermeidung von Folgeerkrankungen und eine Besserung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen.

An der Schulung können adipöse Kinder und Jugendliche, also mit einem BMI über der 97. Perzentile, im Alter von 5 bis 15 Jahren teilnehmen. Die Teilnahme ist jedoch nur möglich, wenn keine Grunderkrankungen vorliegen und eine Regelschule besucht wird. Seit Mitte 2001 wird darüber hinaus eine aktive Teilnahme in Sportvereinen oder in Adipositas-Sportgruppen an der Vestischen Kinderklinik gefordert.

Bevor die Patienten an „Obeldicks“ teilnehmen können, müssen sie sich einer Motivationsüberprüfung unterziehen. Diese sieht folgendermaßen aus: Die Kinder müssen 8 Wochen lang regelmäßig an einem speziellen Adipositassportprogramm teilnehmen und müssen über drei Tage ein Ernährungsprotokoll schreiben.

Laut Herr Reinehr, dem Leiter des Programms in Datteln, schafft nur ca. die Hälfte der Kinder diese Motivationsüberprüfung und darf weiter machen.<sup>98</sup>

Das einjährige Schulungsprogramm beinhaltet eine kindgerechte Ernährungs- und Verhaltenstherapie, verschiedene Bewegungsangebote und eine intensive Elternschulung.

Die Schulung wird von einem spezialisierten Team aus Kinderärzten, Diätassistenten, Sportlehrern und Psychologen gestaltet.

---

<sup>98</sup> Vgl. Anlage 20, Schenk, Kinder mit Übergewicht und Adipositas.

Das einjährige Schulungsprogramm ist in 3 Phasen unterteilt.

Eltern- abende		
Verhalten	Eltern- gesprächs- kreis	
Ernährung	Individuelle Familien- gespräche	
<b>Bewegungstherapie</b>		
<b>3 Monate</b> Intensivphase	<b>6 Monate</b> Etablierungsphase	<b>3 Monate</b> Erholungsphase

Abbildung 7: Ablauf der Adipositaschulung "Obeldicks"<sup>99</sup>

In den ersten drei Monaten (Intensivphase) finden Gruppenveranstaltungen, Essverhaltenstraining und ein Ernährungskurs für die Kinder statt. Für die Eltern finden sechs Informationsveranstaltungen statt. In den nächsten sechs Monaten (Etablierungsphase) liegen individuelle psychologische Familiengespräche und Elterngesprächskreise. In der letzten Phase von drei Monaten (Erholungsphase), auch betreute Entlassung, erfolgt nur bei auftretenden Schwierigkeiten eine individuelle Beratung. Die Bewegungstherapie findet über das komplette Schulungsjahr ein- bis zwei-mal wöchentlich statt.

Als Ernährungskonzept wird, wie auch von der AGA empfohlen, die „Optimierte Mischkost“ verwendet. Diese ist im Vergleich zur derzeitigen Ernährung von Kindern und Jugendlichen fett- und zuckerreduziert. Die Kinder, Jugendlichen und ihre Eltern lernen die Umsetzung mit Hilfe eines „Ampelsystems“. Sie sollen vor allem lernen, den Verzehr von gesüßten Getränken und Süßigkeiten, sowie den Fettverzehr zu reduzieren, damit die Energiezufuhr gesenkt wird.

Wesentliche Bestandteile der Bewegungstherapie sind das Selbstfinden, Erforschen und Experimentieren. Die Kinder und Jugendlichen sollen eigene Stärken herausfinden, Schwierigkeiten und Schwächen bezwingen

<sup>99</sup> Vgl. Anlage 34, Universitätsklinikum Regensburg, Obeldicks.

lernen und ein neues Gefühl für Bewegung entwickeln. Dies erfolgt vor allem dann, wenn sie sich entsprechend ihrer Fähigkeiten bewegen können und nicht durch Misserfolge demotiviert werden. Positive Erfahrungen und das Wissen, dass Bewegung Freude machen kann, können dazu führen, dass die Patienten sich wieder gerne bewegen. Durch die Bewegungstherapie sollen die Kinder und Jugendlichen vor allem wieder ein gestärktes Selbstbewusstsein und ein neues Körpergefühl erlangen. Außerdem ist es ein zentrales Ziel den Fernseh- und Computerkonsum zu reduzieren und dafür körperliche Aktivität zu steigern. Die körperliche Aktivität soll nicht nur durch sportliche Betätigung gesteigert werden, sondern vor allem auch durch mehr Bewegung im Alltag.

Bei der (Ess-) Verhaltenstherapie soll rigides Essverhalten zu flexiblem Essverhalten umgeformt und individuelle Problemlösestrategien entwickelt werden, um mit Verführungssituationen künftig besser umgehen zu können. Die Eltern lernen, wie sie ihre Kinder bei der Gewichtsabnahme unterstützen können und dass Belohnung lieber in Form von gemeinsamen Aktivitäten als in Form von Lebensmitteln erfolgen soll. Außerdem sollen die Eltern lernen konsequent zu sein.

Bei den untersuchten 186 Teilnehmern führte die Adipositasschulung zu einer Gewichtsreduktion über mindestens vier Jahre nach Therapieende. 80 % der Teilnehmer reduzierten ihr Übergewicht, 35 % waren am Ende der Schulung nicht mehr adipös. Außerdem führte sie zu einer Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils und zu einer Verbesserung der Lebensqualität.<sup>100</sup> Durch Schulungsmaterial und Schulungen von mittlerweile ca. 200 Therapeuten kann Obeldicks auch schon an anderen Standorten angeboten werden.<sup>101</sup>

---

<sup>100</sup> Vgl. Reinehr, Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.), Brennpunkte der Sportwissenschaft, S. 198ff.

<sup>101</sup> Vgl. Anlage 20, Schenk, Kinder mit Übergewicht und Adipositas.



### **6.2.3 FITOC**

FITOC ist ein ambulant Patientenschulungsprogramm, das von der Abteilung für Rehabilitative und Präventive Sportmedizin an der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg entwickelt wurde.

FITOC ist ein Programm für adipöse Kinder von acht bis elf Jahren und dauert insgesamt ein Jahr, wobei es sich in zwei Phasen gliedert. Die ersten acht Monate sind die sogenannte Intensivphase. Während dieser Phase finden drei Bewegungseinheiten pro Woche in der Gruppe statt. Außerdem finden in vier- bis sechs- wöchigem Abstand jeweils sieben Gruppennachmittage für Kinder und Elternabende statt. Es gibt eine kinderärztliche-sportmedizinische Eingangs- und Abschlussuntersuchung und weitere individuelle Termine wie Ernährungsberatung, Sportmedizin, Familienarbeit oder Verhaltensschulung nach Bedarf.

Die zweite Phase wird Überwachungsphase genannt. Diese dauert vier Monate und beinhaltet eine weitere Betreuung in Form von Kindersprachsrunden, Elternabende oder individuelle Termine nach Bedarf. Außerdem finden zwei Bewegungseinheiten pro Woche statt.

Nach Beendigung des Programmes gibt es halbjährliche und jährliche Kontrolluntersuchungen.

Die Ziele von FITOC sind eine Lebensstiländerung, eine bessere Körperwahrnehmung sowie Spaß an Ernährung und Sport. Außerdem sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass die Kinder langfristig gesund leben und ihr Körpergewicht konstant halten können, anstatt den Jo-Jo-Effekt zu erleben.<sup>102</sup>

Die Ergebnisse sind durchweg positiv. Die gemessenen medizinischen Daten bei den untersuchten Teilnehmern zeigen, dass es zu einer Verbesserung in allen überprüften Bereichen kommt. Es wurde sowohl eine Reduktion des BMI erzielt, als auch eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit und eine Cholesterinreduktion. Diese Erfolge konnten bei einer Freiburger Gruppe nicht nur in der ersten Phase nachgewiesen werden,

---

<sup>102</sup> Vgl. Anlage 35, FITOC, Ein ambulant Programm für übergewichtige Kinder und Jugendliche.

sondern auch nach einem Jahr und nach 3,3 Jahren konnte ein Langzeiterfolg nachgewiesen werden.<sup>103</sup>

Derzeit wird FITOC in Ludwigsburg von Dr. med. Thomas Kauth angeboten.

Die AOK BW hat eine Kooperation mit der DRV BW geschlossen (siehe auch Punkt 6.1.3.3). Diese beinhaltet, dass FITOC im Anschluss an eine durchgeführte stationäre Reha durch die DRV, durchgeführt werden kann. Laut Informationen einer Mitarbeiterin der AOK BW, findet die stationäre Reha in den meisten Fällen jedoch nicht zu Beginn statt, sondern während des Programms. Die Kinder und Jugendlichen können dann in die Reha geschickt werden und können dort bereits Erlerntes weiter festigen. Die AOK empfiehlt den Eltern zwar eine Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen, ob sie aber schließlich auch einen Antrag bei der RV stellen und wann sie dies tun, bleibt ihnen überlassen.

Die Ärzte im Kreis Ludwigsburg sowie im Rems-Murr-Kreis sind alle über FITOC informiert. Deren Aufgabe ist es dann, Kindern, die die medizinischen Voraussetzungen erfüllen, eine Empfehlung auszusprechen und sie auf das Programm hinzuweisen. Die Familien können dann bei der AOK Ludwigsburg-Rems-Murr einen Antrag stellen. Diese prüft zusätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, steht einer Teilnahme seitens der AOK nichts mehr im Wege.

Bevor das Programm beginnen kann, führt die AOK ein Motivationsgespräch mit den Familien. In diesem Gespräch werden die Familien über FITOC informiert und darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden ist.

Derzeit kann eine neue FITOC-Gruppe jedoch noch nicht starten, da die Mindestanzahl an Teilnehmern fehlt. Die Ursachen könnten darin liegen, dass die Teilnahme an dem Programm einen hohen Aufwand für die Familien mit sich bringt. Die Eltern müssen ihre Kinder jede Woche zu den Terminen fahren und wieder abholen. Auch die Verpflichtung für die Dauer

---

<sup>103</sup> Vgl. Korsten-Reck, Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.), Brennpunkte der Sportwissenschaft, S. 179f.

von einem Jahr könnte eine Ursache dafür sein. Ein weiterer Grund könnten die vielen terminlichen Verpflichtungen der Kinder sein. Teilweise bleibt, bei deren bereits wegen Schul- oder Musikaktivitäten vollen Terminplänen, keine Zeit für weitere Termine.

Die bisher durchgeführten FITOC-Gruppen waren jedoch ein voller Erfolg. Keines der Kinder hat abgebrochen und alle konnten gesünder und schlanker das ein-Jahres Programm beenden.<sup>104</sup>

Die Gesamtkosten für FITOC belaufen sich auf 1900 €. Davon übernimmt die AOK Ludwigsburg-Rems-Murr 70 % der Gesamtkosten (1330 €), wenn die Maßnahme komplett durchgeführt wird. Der Anteil an den selbst zu tragenden Kosten (570 €) und das Risiko auf allen Kosten sitzen zu bleiben, wenn das Kind nicht mehr durchhält, könnten ebenfalls Gründe für das geringe Interesse sein.<sup>105</sup>

## **7. Problematik und Verbesserungsvorschläge**

Im folgenden Kapitel werden gesellschaftliche Aspekte beleuchtet, die eventuell dazu beitragen, dass die Zahl der Übergewichtigen und Adipösen nach wie vor ansteigt. Mit Hilfe von Expertenmeinungen werden Verbesserungsvorschläge entwickelt und aufgezeigt. Außerdem wird aufgezeigt, welche Problematik noch bei den Angeboten der DRV besteht und wie momentan bereits versucht wird diese zu beseitigen.

Zu den Angeboten der Krankenkassen wird ebenfalls kurz Stellung genommen.

### **7.1 Gesellschaftliche Aspekte**

Ein großer Kritikpunkt ist sicherlich, dass es zu wenig Sportangebote gibt, die speziell für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche aus-

---

<sup>104</sup> Informationen aus einem Gespräch mit Frau Kellermann-Eckert von der AOK Ludwigsburg-Rems-Murr [10.04.2013], Bestätigung von Frau Wetzel siehe Anlage 36.

<sup>105</sup> Vgl. Anlage 37, Ambulante Adipositaschulung Ludwigsburg.

gerichtet sind.<sup>106</sup> Viele Übergewichtige würden gerne Sport treiben, verbinden dies aber nur mit Misserfolgen. Sie können in „normalen“ Sportgruppen selten mit den anderen mithalten und werden bei Mannschaftsbildungen häufig zuletzt ausgewählt.

Die Folgen sind daher Frustration und Angst vor Sport. Die körperliche Leistungsfähigkeit der Betroffenen verschlechtert sich noch weiter und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sinkt.<sup>107</sup>

Ziel sollte aber sein, den Übergewichtigen wieder Spaß an der Bewegung zu vermitteln und sie Erfolge erleben zu lassen. Das kann vor allem in homogenen Gruppen funktionieren, in denen alle mit den gleichen Problemen zu kämpfen haben. Spielen also zehn übergewichtige Kinder Fußball zusammen, können diese daran Spaß erfahren, da sie alle dieselben Ausgangsbedingungen haben. Stärkere und Schwächere gibt es sicherlich auch in solch einer Zusammensetzung, aber das große Problem „Übergewicht“ müssen alle mit sich tragen. Sie erleben wieder Erfolge, müssen sich nicht vor den anderen für ihren Körper schämen und erkennen, dass Sport auch Spaß machen kann. Stellt man sich nun hingegen vor, dass unter den zehn Kindern neun Normalgewichtige sind und ein Adipöser, kann man sich denken, wie das Fußballspiel aussieht. Der Adipöse kann mit dem Tempo der anderen nicht mithalten, kommt nicht an den Ball heran und wird hinterher unter Umständen noch gehänselt, weil er so „schlecht“ ist. Dass sich diese Kinder in einem regelrechten Teufelskreis befinden, liegt auf der Hand. Sportvereine könnten daher vermehrt Sportgruppen anbieten, die sich auf diese Personengruppe spezialisiert. Denn wenn übergewichtige Kinder und Jugendliche gerne in ihrer Freizeit Sport treiben würden, sollten sie auch eine Möglichkeit dazu haben. Ein „normaler“ Sportkurs würde sie nur demotivieren. Dafür melden sie sich gar nicht erst an. Das Training sollte dann auf die Übergewichtigen und Adipösen angepasst sein, da diese nicht so leistungsfähig sind wie Normalgewichtige.

---

<sup>106</sup> Vgl. Reinehr, Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.), Brennpunkte der Sportwissenschaft, S. 206.

<sup>107</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 19f.

Diese Probleme zeichnen sich auch ganz besonders im Schulsport ab. Viele adipöse Kinder und Jugendliche berichten häufig über negative Erfahrungen im Schulsport.<sup>108</sup>

Übergewichtige Kinder bleiben bei Mannschaftswahlen immer bis zum Schluss übrig, da sie niemand in der Mannschaft haben möchte. Die Benotungen frustrieren die Kinder. Selbst wenn sie ihr Bestes geben, können sie nie so schnell rennen wie ein gesunder Normalgewichtiger, der ebenfalls sein Bestes gibt. Es ist nicht fair diese unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der Kinder auf dieselbe Stufe zu stellen und miteinander zu vergleichen. Die Benotung könnte sich daher auf die Motivation und das Bemühen der Schüler beziehen und nicht nur auf die Leistung.

Auch Herr Seiter, Erster Direktor der DRV BW, regt an, Schulsport vom Leistungsgedanken wegzunehmen und mehr auf Spaß auszurichten. Denkbar wäre auch ein Wahlrecht für die Schüler. Denn warum sollte jedes Kind jede Sportart machen und dafür auch noch benotet werden? Die Kinder hätten möglicherweise viel mehr Spaß am Schulsport, wenn sie diese Sportart machen dürften, welche ihnen mehr liegt.<sup>109</sup> Schulsport ist für viele Kinder eine Qual und führt unter den aktuellen Bedingungen dann dazu, dass die Kinder dem Sportunterricht fernbleiben und sich gar nicht bewegen.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass kalorienreiche Nahrungsmittel bzw. Snacks teilweise kostengünstiger sind als gesunde Nahrungsmittel. Wenn sich ein Kind in der Mittagspause mit 2 Euro auf den Weg macht, bekommt es dafür im Supermarkt eine Tüte Chips, eine Flasche Cola und hat immer noch Geld übrig. Ein Brötchen mit Wurst, Salat und Tomate vom Bäcker kostet da schon mehr. Daher liegt es auf der Hand, für was sich die Kinder mit dem begrenzt verfügbaren Geld entscheiden. Hier sieht Dr. Dammann, Chefarzt der Fachkliniken Wangen, die Politik in der Pflicht. Als letztes Mittel könnten diese den Konsum über das Angebot steuern, indem beispielsweise eine Steuer auf kalorienreiche Lebensmittel einge-

---

<sup>108</sup> Vgl. Warschburger/Petermann, Adipositas, S. 20.

<sup>109</sup> Vgl. Anlage 13, Interview mit Herr Seiter, Frage 2.

führt wird. Diese Mehreinnahmen könnten dann in kalorienarme Nahrungsmittel investiert werden, so dass diese günstiger angeboten werden könnten.<sup>110</sup> Das wäre jedoch ein radikaler Eingriff der Politik und würde nicht nur die Übergewichtigen treffen, sondern auch normalgewichtige Personen.

Herr Seiter, Erster Direktor der DRV BW, sieht das auch als falschen Ansatz. Er ist zwar ebenfalls der Meinung, dass die Politik sich mehr einbringen sollte, allerdings indem sie Anreize schafft. Das bringt seiner Meinung nach mehr, als das Aussprechen von Verboten.<sup>111</sup>

Viele Menschen wissen scheinbar nicht, was gesund ist und was nicht bzw. in welchen Lebensmitteln versteckte Dickmacher enthalten sind.

Daher könnte eine bessere Kennzeichnung der Lebensmittel eingeführt werden. Beispielsweise in Form einer Ampelkennzeichnung, so dass die Verbraucher auf den ersten Blick erkennen könnten, ob es sich um ein gesundes Nahrungsmittel handelt oder nicht. So eine Kennzeichnung wäre ein weiches Mittel, als das Einführen einer Steuer. Dies würde die Eigenverantwortung der Menschen mittels Informationen stärken und könnte dazu führen, dem Auftreten von Adipositas entgegenzuwirken.

## **7.2 Gesetzliche Rentenversicherung**

Eine Problematik ist, dass Übergewicht bisher nur in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren und anderen Erkrankungen behandelt werden konnte.<sup>112</sup> Hier ist jedoch eine Verbesserung auf dem Weg. Die Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen wurden überarbeitet. Die neue Fassung vom 17.12.2012 muss noch vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales verabschiedet werden. Experten von der DRV BW sehen diesem Beschluss jedoch positiv entgegen.

---

<sup>110</sup> Vgl. Anlage 15, Interview mit Herr Dr. Dammann, Frage 11.

<sup>111</sup> Vgl. Anlage 13, Interview mit Herr Seiter, Frage 15.

<sup>112</sup> Vgl. Anlage 42, § 2 Abs. 1 Nr. 11 KiHB-Richtlinien vom 05.09.1991 i.d.F. vom 26.02.1997.

Die neuen Kinderrehabilitations-richtlinien (Kinderreha-Richtlinien) gelten dann ab dem 01.07.2013 für nach dem 30.06.2013 gestellte Anträge.<sup>113</sup>

Eine Änderung ist durch die Einfügung der Nr. 12 in § 2 Abs. 1 KiHB-RL vorgesehen.

Nach § 2 Abs. 1 Nr. 12 Kinderreha-Richtlinien kann dann eine Kinderreha auch für Kinder und Jugendliche erbracht werden, die „nur“ Adipositas haben, also einen BMI oberhalb der 97. Perzentile.<sup>114</sup> Begleit- und Folgeerkrankungen sind nach der neuen Formulierung bei Adipositas dann nicht mehr nötig. Fraglich ist jedoch, ob dies tatsächlich eine wesentliche Verbesserung mit sich bringt. Denn Kinder und Jugendliche die bereits einen BMI oberhalb der 97. Perzentile haben, werden ohnehin schon unter Begleit- oder Folgeerkrankungen leiden. Daher würden sie auch nach der „alten“ Regelung eine Rehabilitationsmaßnahme bekommen. Herr Seiter, Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, ist jedoch der Meinung, dass sobald ein Antrag gestellt wird, dies zeigt, dass das Kind Hilfe benötigt.<sup>115</sup> Es wäre wünschenswert, dass schon vor dem Erreichen des 97. Perzentils auch ohne Begleiterkrankungen geholfen werden könnte. Da allerdings fast alle Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht dadurch auch weitere Risikofaktoren haben und meist psychische Probleme, wie Hänseleien, sozialer Rückzug, Ausgrenzung und viele mehr, ist es fast immer möglich eine Kinderreha zu bewilligen.

Die Grundvoraussetzung für eine Bewilligung ist aber selbstverständlich das Vorliegen eines Antrages.

Das führt zum nächsten Problem, mit dem die DRV BW derzeit zu kämpfen hat. Über die letzten Jahre ist ein deutlicher Rückgang der Antragszahlen zu verbuchen.

2009 wurden 81048 Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche gestellt.

Bis zum Jahr 2007 sind die Antragszahlen kontinuierlich angestiegen.

---

<sup>113</sup> Vgl. Anlage 43, § 10 Kinderreha-Richtlinien vom 05.09.1991 i.d.F. vom 17.12.2012, (Verabschiedung vom Bundesministerium steht noch aus).

<sup>114</sup> Vgl. Anlage 43, § 2 Abs. 1 Nr. 12 Kinderreha-Richtlinien vom 05.09.1991 i.d.F. vom 17.12.2012, (Verabschiedung vom Bundesministerium steht noch aus).

<sup>115</sup> Vgl. Anlage 13, Interview mit Herr Seiter, Frage 7.

Obwohl die Zahl der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen in den letzten Jahren steigt, sinkt seit 2008 jedoch die Zahl der Anträge. Von 2008 zu 2011 wurden bundesweit 17 % weniger Anträge gestellt.<sup>116</sup> 2012 beantragten sogar nur noch rund 5000 Eltern eine Kinderreha.<sup>117</sup> Eine genannte Ursache ist zum Beispiel das Verhalten der Betroffenen, da die Eltern möglicherweise Bedenken haben, dass ihr Kind Schulstoff verpassen könnte. Auch die Tatsache, dass die Kinderreha durch die DRV nur stationär erbracht werden kann oder der hohe bürokratische Aufwand für das Stellen eines Antrages könnten Gründe sein.<sup>118</sup> Auch Frau Dr. Laudien vertritt die Meinung, dass der Aufwand um einen Antrag zu stellen viel zu hoch ist. Die DRV hat den Antrag zwar überarbeitet, dieser ist jedoch stellenweise immer noch zu umfangreich und vermutlich ein Grund, warum viele Menschen keinen Antrag stellen. Frau Dr. Laudien könnte sich hier vorstellen, dass man den Antrag entweder noch weiter kürzt, oder auch den Versicherten mehr Hilfe beim Ausfüllen der Anträge anbietet. Beispielsweise auch auf Rathäusern.<sup>119</sup>

Eine weitere Ursache könnte auch sein, dass Kinderreha durch die DRV unter der Bevölkerung zu unbekannt ist. Viele denken wenn sie „Rentenversicherung“ hören wohl eher ans Alter und die damit verbundenen Altersrenten. Daher ist sowohl Herr Seiter, Erster Direktor der DRV BW, als auch Frau Dr. Laudien der Meinung, dass man viel mehr und vor allem gezielter für Kinderreha werben sollte. Dies könnte in Form von Vorträgen an Schulen, Kindergärten oder auch bei Kinderärzten erfolgen. Herr Seiter könnte sich auch gut vorstellen, dass man die Patienten, die Erfolg in der Reha hatten, mehr als Werbeträger nutzen könnte, um damit Kinderreha bekannter zu machen.

Ein weiteres Problem ist die Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahmen. Frau Dr. Laudien, Herr Seiter und Herr Dr. Dammann sehen den Er-

---

<sup>116</sup> Vgl. Anlage 38, DRV BW, Seiter, Die beste Investition in die Zukunft, S. 6.

Vgl. Anlage 40, DRV Bund (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen, S. 220.

<sup>117</sup> Vgl. Anlage 39, Pressemitteilung der DRV BW.

<sup>118</sup> Vgl. Anlage 38, DRV BW, Seiter, Die beste Investition in die Zukunft, S. 6ff.

<sup>119</sup> Vgl. Anlage 14, Interview mit Frau Dr. Laudien, Frage 4.



folg der stationären Reha als sehr gut an. Direkt nach der Rehabilitationsmaßnahme sind die Ergebnisse sehr gut. Die Kinder und Jugendlichen haben meist sehr viel Gewicht verloren und können sich deutlich besser bewegen, als vor der Maßnahme. Die Patienten erleben danach ihren Körper ganz anders und haben ein völlig neues Lebensgefühl. Was die Nachhaltigkeit betrifft, sind sie sich auch einig, dass die Effekte nach einiger Zeit stark nachlassen.<sup>120</sup> Die Ursachen dafür sind meist, dass die Kinder nicht genügend Rückhalt und Unterstützung von ihren Familien bekommen. Außerdem fehlt es an Betreuung nach der Kinderreha. Die Kinder und Jugendlichen sollten regelmäßig zu Nachuntersuchungen gehen müssen und Sport treiben.

Das bisherige Problem ist hier, dass die DRV keine Möglichkeit hat, Nachsorgeleistungen zu erbringen. Dies soll sich jedoch ebenfalls mit den neuen Kinderrehabilitationsrichtlinien ändern. In § 8 Kinderreha-Richtlinien gibt es die Möglichkeit, Rehabilitationssport und Funktionstraining ärztlich zu verordnen. Die Kosten können dann vom Rentenversicherungsträger übernommen werden.<sup>121</sup>

Herr Seiter wünscht sich, dass diese Möglichkeit auch bei dem Großteil der Patienten angenommen wird und auch von den Ärzten verordnet wird. Bei dieser Regelung handelt es sich um eine sogenannte „Kann-Leistung“, Herr Seiter erwartet aber, dass trotz dieser „weichen“ Formulierung dieses Angebot auch in den meisten Fällen angenommen wird.<sup>122</sup>

### **7.3 Gesetzliche Krankenversicherung**

Wie unter Punkt 3.3 aufgezeigt, sind Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozialem Status häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen, als Kinder und Jugendliche aus Familien mit höherem sozialem Status. Hier setzt der nächste Kritikpunkt an. Es kann der Verdacht ent-

---

<sup>120</sup> Vgl. Anlage 13, Interview mit Herr Seiter, Frage 11.

Vgl. Anlage 14, Interview mit Frau Dr. Laudien, Frage 8.

Vgl. Anlage 15, Interview mit Herr Dr. Dammann, Frage 10.

<sup>121</sup> Vgl. Anlage 43, § 8 Kinderreha-Richtlinien vom 05.09.1991 i.d.F. vom 17.12.2012, (Verabschiedung vom Bundesministerium steht noch aus).

<sup>122</sup> Vgl. Anlage 13, Interview mit Herr Seiter, Frage 9.

stehen, dass diese Gruppe auch von den Angeboten nicht komplett erreicht wird. Die ambulanten Programme erfordern, durch die lange Dauer, einen sehr hohen Aufwand für die Familien. Die Kinder müssen mehrmals in der Woche zum Veranstaltungsort gebracht und wieder abgeholt werden. Dafür fehlen eventuell ein Auto und die nötigen finanziellen Mittel. Des Weiteren muss teilweise, wie bei FITOC, ein Eigenanteil der Kosten getragen werden.<sup>123</sup> Möglichkeiten, an zusätzliche Gelder zu kommen, gibt es natürlich über das SGB II. Dies ist aber mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden, den viele Familien nicht auf sich nehmen wollen. Formulare ausfüllen, Belege nachliefern und der hohe zeitliche Aufwand ist für Viele eine Hürde. Die Mittelbeschaffung durch das SGB II soll aber nicht Thema dieser Ausarbeitung sein und würde den festgesetzten Rahmen sprengen.

Das Problem bei den ambulanten Programmen ist vor allem, dass diese nicht flächendeckend angeboten werden. Jeder Landkreis hat andere Angebote und es ist sehr schwer die Strukturen zu verstehen.

Bei der DRV gibt es im Gegensatz dazu, den großen Block Reha, der übersichtlich dargestellt wird. Die Krankenkassen haben jedoch in jedem Landkreis andere Angebote und es gibt kein einheitliches Programm, das jede Kasse anbietet. Hier sollte die gKV vielleicht versuchen, die Angebote mehr zu verbreiten, und es den Versicherten dadurch erleichtern, sich eine Übersicht zu verschaffen.

FITOC und Obeldicks sind durch die AGA zertifiziert und allgemein als gute Programme anerkannt. Leider werden diese jedoch nicht flächendeckend angeboten, sondern nur an bestimmten Standorten. Zu dem Patientenschulungsprogramm Obeldicks gibt es bereits ein Obeldicks-Adipositrainer-Seminar, indem Therapeuten geschult werden, um das Programm auch an anderen Orten zu implementieren. Es ist aber noch weit davon entfernt, deutschlandweit einheitlich angeboten zu werden.<sup>124</sup>

---

<sup>123</sup> Vgl. Punkt 6.2.3.

<sup>124</sup> Vgl. Anlage 41, Vestische Kinder und Jugendklinik Datteln, Obeldicks-Adipositrainer-Aufbauseminar.

Auch Herr Dr. Dammann ist der Meinung, dass durch ein flächendeckendes Angebot mehr Betroffene erreicht werden können.<sup>125</sup>

Die Anbieter von Programmen müssen wie unter Punkt 6.2.1, erwähnt ihr Programm vom MDK zertifizieren lassen. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, kann dieses Programm dann angeboten und durch die Krankenkassen finanziert werden. Daher sind aber hauptsächlich die Anbieter dafür verantwortlich, an welchem Standort das entsprechende Programm angeboten wird.

Gäbe es beispielsweise FITOC oder Obeldicks deutschlandweit, so wäre der Bekanntheitsgrad deutlich höher und dadurch auch die Teilnehmerzahlen. Momentan wartet die AOK Ludwigsburg-Rems-Murr noch auf genügend Teilnehmer bis eine neue FITOC-Gruppe starten kann. Laut Informationen von Frau Kellermann-Eckert, einer Mitarbeiterin der AOK Ludwigsburg-Rems-Murr, sind alle Kinderärzte in der Region informiert und sollen den entsprechenden Kindern die Empfehlung für die Teilnahme aussprechen. Was die Ursache für die geringen Teilnehmerzahlen tatsächlich ist, kann sie nicht eindeutig sagen. Auch sie vermutet, dass vor allem der hohe zeitliche Aufwand und die lange Verpflichtung über ein Jahr ausschlaggebend sein könnten. Außerdem sind die Kinder in der heutigen Zeit schon durch die Schule und viele andere Termine zeitlich sehr eingeschränkt.<sup>126</sup>

Einheitlichkeit und vermehrte Werbung, gerade an Schulen, könnte hier jedoch zu einem größeren Bekanntheitsgrad beitragen. Mit dem größeren Bekanntheitsgrad würde die Aufmerksamkeit der Bevölkerung für dieses Thema wachsen und die Zugangswege würden erleichtert werden. Denn wenn für die Eltern von adipösen Kindern eindeutig klar ist, wohin sie sich wenden müssen und was es für ein Programm für ihr Kind gibt, würden sie vermutlich auch eher Anträge stellen.

---

<sup>125</sup> Vgl. Anlage 15, Interview mit Herr Dr. Dammann, Frage 11.

<sup>126</sup> Informationen aus einem Gespräch mit Frau Kellermann-Eckert von der AOK Ludwigsburg-Rems-Murr [10.04.2013], Bestätigung von Frau Wetzel siehe Anlage 36.

## 8. Fazit

Adipositas ist ein Thema, das immer mehr an Bedeutung gewinnt. Leider sind auch immer mehr Kinder und Jugendliche davon betroffen.

Vor allem der zunehmende Fernsehkonsum, verbunden mit weniger Bewegung und einem veränderten Essverhalten, hat einen großen Anteil an der Entstehung von Adipositas. Eine weitere, sehr wichtige Rolle spielt die Erziehung durch die Eltern. Gerade im Kleinkindalter haben die Eltern in der Hand, was die Kinder essen und wie lange sie fernsehen dürfen. Es handelt sich hierbei also in erster Linie um einen Erziehungsauftrag der Eltern. Das Vorliegen gewisser Risikofaktoren führt aber nicht in jedem Fall zu Übergewicht. Viel mehr sind bei jedem Individuum ganz verschiedene Faktoren für das Entstehen von Übergewicht verantwortlich.

15 % der Kinder und Jugendlichen sind übergewichtig, 6,3 % sind adipös. Das ist sehr besorgniserregend und indiziert Handlungsbedarf. Die große Problematik ist dabei, dass kindliches Übergewicht häufig zu Übergewicht im Erwachsenenalter führt und gerade dieses mit schweren Folge- und Begleiterkrankungen einhergeht. Diese Folge- und Begleiterkrankungen verursachen wiederum hohe Kosten. Um unser Sozialsystem nicht zu sehr zu belasten, ist es von besonderer Bedeutung bereits im Kindes- und Jugendalter das Übergewicht zu behandeln.

Es gibt eine große Bandbreite an Angeboten für adipöse Kinder und Jugendliche. Wichtig ist vor allem, dass die Programme keine schnelle Gewichtsreduktion zum Ziel haben, sondern eine Umstellung des Bewegungs- und Essverhaltens durch eine Verhaltensänderung. Ziel sollte also eine auf Dauer angelegte Lebensstiländerung sein.

Die stationäre Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung ist ein sehr gutes Instrument um adipösen Kindern und Jugendlichen zu helfen. Unmittelbar nach der durchgeführten Maßnahme sind die Erfolge sehr gut. Nach einiger Zeit lassen diese jedoch aufgrund mangelnder Nachsorgemöglichkeiten derzeit noch stark nach. Hier bleibt zu hoffen, dass die

vorgesehene Änderung der Kinderheilbehandlungsrichtlinien, durch die Möglichkeit der Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining den gewünschten langanhaltenden Erfolg mit sich bringt. Außerdem sollte die Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung, durch gezieltere Werbung, noch populärer gemacht werden.

Auch die Patientenschulungsprogramme die durch die Krankenkassen finanziert werden können, sind eine gute Möglichkeit, für adipöse Kinder und Jugendliche Gewicht zu verlieren und ihren Lebensstil zu ändern. Für Kinder und Jugendliche, die durchgehend an einem Patientenschulungsprogramm teilnehmen, bieten sie ebenfalls eine echte Chance ihr Gewicht zu reduzieren und damit zu einer Verbesserung ihres Lebensgefühls beizutragen. Mit einem flächendeckenderen Angebot, Einheitlichkeit und vermehrter, auch gezielterer Werbung, könnte hier ein großer Schritt in die richtige Richtung getan werden. Dadurch könnten vermutlich mehr betroffene Kinder und Jugendliche erreicht werden.

Es scheint, dass die Problematik der Adipositas in Deutschland erkannt wurde und aktiv nach Lösungen gesucht wird. Das breite Angebot der Leistungsträger sollte nur noch mehr von der Bevölkerung angenommen werden. Denn, dass es zu viele Betroffene gibt, ist offensichtlich.

## Literaturverzeichnis

**Adipositasverband Deutschland e.V.:** Was ist Adipositas?, <http://www.adipositasverband.de/definition-adipositas.html> [16.02.2013] siehe auch Anlage 6 (zitiert als Adipositasverband Deutschland e.V.)

**Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA):** für Fachleute, Leitlinien, Leitlinien für Diagnostik, Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, S2 Leitlinie – Version 2012; [http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA\\_S2\\_Leitlinie.pdf](http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf) [22.03.2012] siehe auch Anlage 22 (zitiert als AGA, S2 Leitlinie)

**Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA):** für Fachleute, Zertifizierung, Therapieeinrichtungen, Zertifizierung von Therapieeinrichtungen mit Patientenschulungsprogrammen für adipöse Kinder und Jugendliche durch die AGA/DAG; <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/daten/Zertifizierung.pdf> [19.03.2012] siehe auch Anlage 21 (zitiert als AGA, Zertifizierung von Therapieeinrichtungen)

**Berger, Uwe:** Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen, Die Programme PriMa, TOPP und Torera zur Primärprävention von Magersucht, Bulimie, Fress-Attacken und Adipositas, Stuttgart 2008 (zitiert als Berger, Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen)

**BKK Landesverband Baden-Württemberg:** Für Krankenkassen und das Gesundheitswesen, BKK VAG Baden-Württemberg, Integrierte Versorgung und besondere ambulante ärztliche Versorgung, Kinderleicht; <https://www.bkk-bw.de/fuer-krankenkassen-und-das-gesundheitswesen/vertragsarbeitsgemeinschaft-baden-wuerttemberg/integrierte-versorgung-und-besondere-ambulante-aerztliche-versorgung/kinderleicht/> [18.03.2013] siehe auch Anlage 28

(zitiert als BKK Landesverband Baden-Württemberg, Kinderleicht)

**Bundesministerium für Gesundheit:** Prävention, Gesundheitsgefahren, Essstörungen, Formen, Binge Eating Disorder; <http://www.bmg.bund.de/praevention/gesundheitsgefahren/essstoerung/formen/binge-eating-disorder.html> [01.03.2013] siehe auch Anlage 19

(zitiert als Bundesministerium für Gesundheit, Binge Eating Disorder)

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Kinderübergewicht:** Grundlagen, Body Mass Index; [http://www.bzga-kinderuebergewicht.de/adipo\\_mtp/grundlagen/bmi.htm](http://www.bzga-kinderuebergewicht.de/adipo_mtp/grundlagen/bmi.htm) [15.02.2013] siehe auch Anlage 8  
(zitiert als BZgA, Body Mass Index)

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Kinderübergewicht:** Grundlagen, Body Mass Index, Wachstumskurve; [http://www.bzga-kinderuebergewicht.de/adipo\\_mtp/pdf/wachstumskurve.pdf](http://www.bzga-kinderuebergewicht.de/adipo_mtp/pdf/wachstumskurve.pdf) [04.02.2013] siehe auch Anlage 9 (zitiert als BZgA, Wachstumskurve)

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.):** Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen, So finden Sie ein gutes Programm, Ein Leitfaden für Eltern und Erziehende, siehe auch Anlage 11 (zitiert als BZgA (Hrsg.), Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen)

**Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.:** Presse, Pressearchiv, 2013, Werden wir immer dicker? - Übergewicht in Deutschland; <http://www.dge.de/pdf/presse/2013/DGE-Pressemeldung-aktuell-03-2013-Uebergewicht-EB.pdf> [13.03.2013] siehe auch Anlage 4 (zitiert als Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V.)

**Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg:** Home, Presse, Informationen der Pressestelle, Medieninformationen, Pressemitteilungen,

Alarmierender Rückgang der Anträge auf Kinder-Reha;  
[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/4\\_Presse/medieninformation/01\\_Pressemitteilungen/Kinder%20Reha.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/4_Presse/medieninformation/01_Pressemitteilungen/Kinder%20Reha.html) [27.03.2013] siehe auch Anlage 39 (zitiert als Pressemitteilung der DRV BW)

**Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg:** Rente & Reha, Rehabilitation, Grundlagen, Reha-Projekte, Kooperationsvereinbarungen zur Kinderrehabilitation; [http://www.deutscherentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Navigation/2\\_Rente\\_Reha/02\\_Reha/01\\_Modellprojekte/Kinderreha\\_node.html](http://www.deutscherentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Reha/01_Modellprojekte/Kinderreha_node.html) [18.03.2013] siehe auch Anlage 27 (zitiert als DRV BW, Kooperationsvereinbarungen zur Kinderrehabilitation)

**Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):** DRV Schriften Band 22, Sonderausgabe der DRV, Rentenversicherung in Zeitreihen, Oktober 2012, siehe auch Anlage 40 (zitiert als DRV Bund (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen)

**Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):** Sozialmedizin und Rehabilitation, Positionspapier der gesetzlichen Rentenversicherung zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 2012, Juli 2012, siehe auch Anlage 24 (zitiert als DRV Bund (Hrsg.), Positionspapier der gesetzlichen Rentenversicherung)

**Faß, Angelina,** Zwick, Elisabeth (Hrsg.): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Überlegungen zur Prävention im Anschluss an das Modell der Salutogenese, 2010 (zitiert als Faß, Zwick (Hrsg.), Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland)

**Freiburg Intervention Trial For Obese Children (FITOC):** Informationen, Was ist FITOC, Info-Flyer; <http://www.fitoc.de/fileadmin/bilder/Dateien/Info->



Flyer.pdf [20.03.2013] siehe auch Anlage 35 (zitiert als FITOC, Ein ambulantes Programm für übergewichtige Kinder und Jugendliche)

**Hirsch, Stefan:** Zweites Kapitel Leistungen, Erster Abschnitt Leistungen zur Teilhabe, in: Reinhardt, Helmut (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VI Gesetzliche Rentenversicherung Lehr- und Praxiskommentar, 2.Auflage, 2010 (zitiert als Hirsch, Reinhardt (Hrsg.), Sozialgesetzbuch VI Gesetzliche Rentenversicherung)

**Korsten-Reck, Ulrike:** FITOC (Freiburg Intervention Trial for Obese Children), in: Bjarnason-Wehrens, Birna/Dordel, Sigrid (Hrsg.): Brennpunkte der Sportwissenschaft, Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2005 (zitiert als Korsten-Reck, Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.), Brennpunkte der Sportwissenschaft)

**Kurth, Bärbel-Maria:** Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS), in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 8-2012, S. 980 – 990; [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/BGBL\\_2012\\_55\\_BM\\_Kurth.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/BGBL_2012_55_BM_Kurth.pdf?__blob=publicationFile) [13.03.2013] siehe auch Anlage 1 (zitiert als Kurth, Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“)

**Lache, Anette:** Übergewichtige Kinder, Generation XXL, in: Stern.de: Wissen, Mensch; <http://www.stern.de/wissen/mensch/uebergewichtige-kinder-generation-xxl-524828.html> [14.04.2013] siehe auch Anlage 10 (zitiert als Lache, Übergewichtige Kinder, Generation XXL)

**Lawrenz, Anja:** Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter – medizinische Grundlagen, in: Bjarnason-Wehrens, Birna/Dordel, Sigrid (Hrsg.): Brennpunkte der Sportwissenschaft, Übergewicht und Adipositas

im Kindes- und Jugendalter, 2005 (zitiert als Lawrenz, Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.), Brennpunkte der Sportwissenschaft)

**Lehrke, Sonja/Laessle Reinhold G.:** Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Basiswissen und Therapie, 2. Auflage, Heidelberg 2009 (zitiert als Lehrke/Laessle, Adipositas im Kindes- und Jugendalter)

**Liebermeister, Hermann:** Adipositas, Ursachen, Diagnostik, moderne Therapieoptionen, Köln 2002 (zitiert als Liebermeister, Adipositas)

**Pschyrembel,** Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, Berlin 2007 (zitiert als Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch)

**Reinehr, Thomas:** Adipositasschulung „Obeldicks“, in: Bjarnason-Wehrens, Birna/Dordel, Sigrid (Hrsg.): Brennpunkte der Sportwissenschaft, Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2005 (zitiert als Reinehr, Bjarnason-Wehrens/Dordel (Hrsg.), Brennpunkte der Sportwissenschaft)

**Reinehr, Thomas/Dobe, Michael/Kersting, Mathilde:** Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS, Göttingen 2003 (zitiert als Reinehr/Dobe/Kersting, Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter)

**Reinehr, Thomas:** Übersicht über konventionelle Therapiemöglichkeiten, in: Kiess, Wieland (Hrsg.): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Grundlagen und Klinik, Heidelberg 2005 (zitiert als Reinehr, Kiess (Hrsg.), Adipositas bei Kindern und Jugendlichen)

**Robert Koch-Institut (Hrsg.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)** (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin, (Zitierwei-

se vorgegeben) siehe auch Anlage 17 (zitiert als RKI/BZgA (Hrsg.), Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland)

**Robert Koch-Institut (Hrsg.)** (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, (Zitierweise vorgegeben) siehe auch Anlage 3 (zitiert als RKI (Hrsg.), Daten und Fakten)

**Robert Koch-Institut (Hrsg.):** Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2006, siehe auch Anlage 2 (zitiert als RKI (Hrsg.), Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie)

**Robert Koch-Institut (Hrsg.):** Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 16, Übergewicht und Adipositas, geänderte Auflage 2005, siehe auch Anlage 5 (zitiert als RKI (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 16)

**Robert Koch-Institut (Hrsg.):** Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Berlin 2004, siehe auch Anlage 12 (zitiert als RKI (Hrsg.), Gesundheit von Kindern und Jugendlichen)

**Schenk, Maren:** Kinder mit Übergewicht und Adipositas – was tun?, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2011; 136, Nr. 1/2, siehe auch Anlage 20 (zitiert als Schenk, Kinder mit Übergewicht und Adipositas)

**Settertobulte, Wolfgang:** AOK-Familienstudie 2010, Routinen und Rituale fördern die Gesundheit der Kinder; [http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/veranstaltungen/2010/familienstudie\\_2010\\_web.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/veranstaltungen/2010/familienstudie_2010_web.pdf) [17.03.2013] siehe auch Anlage 16 (zitiert als Settertobulte, AOK-Familienstudie 2010)

**Tuschen-Caffier, Brunna/Pook, Martin/Hilbert, Anja:** Diagnostik von Essstörungen und Adipositas, Göttingen 2005 (zitiert als Tuschen-Caffier/Pook/Hilbert, Diagnostik von Essstörungen und Adipositas)

**Universitätsklinikum Regensburg:** Kliniken und Institute, Psychosomatische Medizin, Aktuelle Hinweise, Obeldicks; [http://www.uniklinikum-regensburg.de/kliniken-institute/Psychosomatische\\_Medizin/Aktuelle\\_Hinweise/Obeldicks/index.php](http://www.uniklinikum-regensburg.de/kliniken-institute/Psychosomatische_Medizin/Aktuelle_Hinweise/Obeldicks/index.php) [16.03.2013] siehe auch Anlage 34 (zitiert als Universitätsklinikum Regensburg, Obeldicks)

**Ünal, Ayse:** Türkische Kinderernährung, in: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.: Download von Vorträgen 2010, Vortrag 6; <http://www.pac-bielefeld.de/pdf/Vortrag6.pdf> [06.03.2013] siehe auch Anlage 18 (zitiert als Ünal, Türkische Kinderernährung)

**Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln** Universität Witten/Herdecke: Leistungen, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Seminare und Fortbildungsveranstaltungen, Obeldicks-Adipositrainer-Seminare; [http://www.kinderklinik-datteln.de/fileadmin/medien/kinderklinik/leistungen/Aus-\\_\\_Fort-\\_und\\_Weiterbildung/2013.11.25\\_Adipositas-Trainerseminar.pdf](http://www.kinderklinik-datteln.de/fileadmin/medien/kinderklinik/leistungen/Aus-__Fort-_und_Weiterbildung/2013.11.25_Adipositas-Trainerseminar.pdf) [14.03.2013] siehe auch Anlage 41 (zitiert als Vestische Kinder und Jugendklinik Datteln, Obeldicks-Adipositrainer-Aufbauseminar)

**Wabitsch, Martin:** Diagnostik medizinischer Folgeerkrankungen, in: Reinehr, Thomas/Wabitsch, Martin (Hrsg.): Adipositas in praxi, Multimodale Konzepte für das Kindes- und Jugendalter, München 2006 (zitiert als Reinehr/Wabitsch (Hrsg.), Adipositas in praxi)

**Wabitsch, Martin/Zwiauer, Karl/Hebebrand, Johannes, Kiess, Wieland (Hrsg.):** Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Grundlagen und Klinik, Heidelberg 2005 (zitiert als Wabitsch/Zwiauer/u.a., Kiess (Hrsg.), Adipositas bei Kindern und Jugendlichen)

**Waldburg-Zeil Kliniken**, Fachkliniken Wangen, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche: Fachtagung Psychosomatische Kinder- und Jugendrehabilitation am 13.10.2012 in der Fachklinik Wangen, Seiter, Hubert, Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Die beste Investition in die Zukunft, Kinder- und Jugendrehabilitation; [http://www.fachkliniken-wangen.de/bibliothek/FK\\_Wangen/pdf/Veranstaltungen/PSO\\_Vortrag\\_Seiter.pdf](http://www.fachkliniken-wangen.de/bibliothek/FK_Wangen/pdf/Veranstaltungen/PSO_Vortrag_Seiter.pdf) [26.03.13] siehe auch Anlage 38 (zitiert als DRV BW, Seiter, Die beste Investition in die Zukunft)

**Waldburg-Zeil Kliniken**, Fachkliniken Wangen, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche: Unsere Therapiekonzepte, Adipositas; das interdisziplinäre Konzept; [http://www.rehabilitationskinderklinik-wangen.de/bibliothek/-FK\\_Wangen/pdf/Therapiekonzepte/\\_Adipositas.pdf](http://www.rehabilitationskinderklinik-wangen.de/bibliothek/-FK_Wangen/pdf/Therapiekonzepte/_Adipositas.pdf) [26.02.2013] siehe auch Anlage 26 (zitiert als Rehabilitationskinderklinik Wangen, Adipositas)

**Warschburger, Petra/Petermann, Franz**: Adipositas, Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Band 10, Kempten 2008 (zitiert als Warschburger/Petermann, Adipositas)

**Warschburger, Petra/Petermann, Franz/u.a.**: Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen, Materialien für die klinische Praxis, Weinheim 1999 (zitiert als Warschburger/Petermann/u.a., Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen)

**World Health Organization**: Media centre, Events, Fact sheets, Obesity and overweight; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [21.04.2013] siehe auch Anlage 7 (zitiert als World Health Organization, Obesity and overweight)

**Zwiauer, Karl**: Adipositas im Kindes- und Jugendalter – Prävention und Therapie, in: Wechsler, Johannes G. (Hrsg.): Adipositas, Ursachen und

Therapie, 2. Auflage, Berlin 2003 (zitiert als Zwiauer, Wechsler (Hrsg.),  
Adipositas, Ursachen und Therapie)

### **Erklärung**

„Ich versichere, dass ich die Bachelorarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.“

Ludwigsburg, den 30.04.2013 \_\_\_\_\_

Verena Stiehle

# Anlagen